Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas
(coords.)

Críticas y alternativas en psiquiatría

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas
(coords.)

Críticas y alternativas en psiquiatría

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas
(coords.)

Críticas y alternativas en psiquiatría

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Índice

INTRODUCCIÓN. Alberto Ortíz Lobo y Rafael Huertas

CAPÍTULO 1. VIEJA Y NUEVA ANTIPSIQUIATRÍA. Rafael Huertas

CAPÍTULO 2. REFORMA PSIQUIÁTRICA Y CAMBIO SOCIAL EN ESPAÑA. Iván de la Mata Ruiz

CAPÍTULO 3. POSTPSIQUIATRÍA O EL NUEVO DESAFÍO AL AUTORITARISMO PROFESIONAL. Alberto Ortíz Lobo

CAPÍTULO 4. ACTIVISMO PROFESIONAL EN SALUD MENTAL. Vicente Ibáñez Rojo

SOBRE LOS AUTORES

NOTAS

Alberto Ortiz Lobo y Rafael Huertas (coords.)

Críticas y alternativas

en psiquiatría

COLECCIÓN INVESTIGACIÓN Y DEBATE

Serie Psiquiatría y Cambio Social

ESTE LIBRO HA SIDO REALIZADO EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "PSIQUIATRÍA Y CAMBIO SOCIAL EN ESPAÑA. 1960-1985", HAR2015-66374-R, FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD DE ESPAÑA Y EL FONDO EUROPEO DE DESARROLLO REGIONAL (FEDER).

© alberto ORTIZ LOBO, rafael huertas, iván de la mata ruiz, y vicente ibáñez rojo, 2018

© Los libros de la Catarata, 2018

Fuencarral, 70

28004 Madrid

Tel. 91 532 20 77

www.catarata.org

Críticas y alternativas en psiquiatría

isbne: 978-84-1352-236-4

ISBN: 978-84-9097-522-0

DEPÓSITO LEGAL: M-27.997-2018

IBIC: J/mmh

este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención de los editores es que sea utilizado lo más ampliamente posible, que sean adquiridos originales para permitir la edición de otros nuevos y que, de reproducir partes, se haga constar el título y la autoría.

Introducción

Alberto ORTIZ LOBO y Rafael Huertas

Desde finales del siglo pasado la atención al sufrimiento psíquico ha adquirido unas características particulares condicionadas por el contexto social, político y económico en el que nos encontramos. La organización asistencial se ha estructurado en torno a la consideración de ese sufrimiento como una "enfermedad", con las connotaciones fundamentalmente somáticas que tiene esta conceptualización. El discurso psiquiátrico que se ha desarrollado de manera hegemónica ha reducido la complejidad del sufrimiento humano a un modelo simplista de síntomas-diagnóstico-tratamiento que ha contaminado también el campo de la atención psicosocial. Aunque esta narrativa biomédica ha estado presente desde la medicalización de la locura, el alcance de este reduccionismo y la orientación tecnológica que ha propiciado en los últimos decenios han arrinconado las perspectivas que intentan dar cuenta del contexto y de lo biográfico, y que consideran planteamientos más colectivos. En este sentido, resulta desalentador ver cómo las reformas psiquiátricas que se prometieron comunitarias y buscaban actuar sobre los determinantes sociales de los problemas mentales y promover un cuidado integrador sostienen ahora una respuesta fundamentalmente individual y biologicista.

Este empobrecimiento narrativo de la psiquiatría está influido por distintos factores. Por un lado, surge la necesidad de adaptar la conceptualización de los problemas mentales y su atención a un lenguaje que permita su registro y manejo en el desarrollo de un floreciente mercado sanitario. El modelo biomédico de sufrimiento psíquico permite su expansión ilimitada a través de la medicalización de la vida cotidiana y se ajusta muy bien a los parámetros de la oferta y la demanda individualizada de los productos sanitarios concretos (tecnología diagnóstica,

psicofármacos, psicoterapias manualizadas y otras técnicas “psi” variopintas, paquetes de tratamiento estandarizados, etc.). Por otra parte, se ha producido un gran desarrollo del cientifismo en el campo de la salud mental que propone que los únicos conocimientos válidos son los obtenidos mediante el método científico y que adquieren además el estatus de “verdad”. Esta perspectiva desplaza lo subjetivo, se centra en lo medible y cuantificable y se desecha la ética, la cultura, los significados y todo lo humano, en favor de una tecnología protocolizada que cosifica el sufrimiento psíquico en el cerebro.

La ubicación “dentro del sujeto” de los determinantes de los problemas mentales y su resolución también responde a condicionamientos sociopolíticos. En los últimos decenios se ha producido una individualización y psicologización (en forma de diagnósticos psiquiátricos) de los conflictos laborales, de las desigualdades económicas, de las políticas de vivienda o de las contradicciones del sistema educativo y del orden familiar, por poner algunos ejemplos. Esto ha permitido que la sociedad no tenga que afrontar de manera colectiva estos asuntos que son de ámbito público, con la coartada de que aquellas personas que no se adapten a este orden ya reciben una atención personalizada. El resultado es una expansión desaforada de la psiquiatría y la psicología clínica, idealizadas por la sociedad, que tienen que dar una respuesta sanitaria profesional a cualquier malestar, sin tener que preguntarse por su significado, contexto o legitimidad.

Todos estos condicionantes nos colocan, como profesionales de la salud mental, en una dinámica que va más allá del mero cuidado y acompañamiento de las personas con problemas mentales. Además de atender el sufrimiento psíquico, nos hemos convertido en intermediarios dentro de un mercado sanitario muy rentable que busca el aumento de sus plusvalías por encima de los beneficios en salud de la ciudadanía (De la Mata, 2017). Por otra parte, nuestra participación activa en la individualización de los problemas sociales convierte nuestra bienintencionada compasión por el sufrimiento psíquico del otro en una especie de colaboracionismo con el poder político que ayuda a controlar y perpetuar, en un nivel macro, las injusticias y desigualdades socioeconómicas mientras ponemos el foco en los síntomas de un sujeto descontextualizado.

Las ciencias sociales han contribuido históricamente a cuestionar esta individualización del sufrimiento psíquico. Cabe citar, entre otros, el trabajo pionero de Émile Durkheim y su propuesta de que los procesos de cambio social en el mundo contemporáneo pueden ser tan rápidos e intensos que generen perturbaciones sobre las formas de vida, la moral, las creencias religiosas y las pautas cotidianas tradicionales, sin proporcionar unos valores sustituyentes claros o consistentes. Dicho procesos podrían dar lugar a una sensación de falta de sentido o de desesperación provocada por la modernidad, a la que denominó anomia. En su conocido ensayo sobre el suicidio, Durkheim (1897) señaló por primera vez que los factores sociales tienen un impacto decisivo en la conducta suicida y que generan pautas y tendencias. Sin embargo, la relación entre sociología y psiquiatría se estableció de manera mucho más firme a partir de 1920, gracias a la influencia teórica de Harry Stack Sullivan y Adolf Meyer, y sobre todo tras la Segunda Guerra Mundial (Bloom, 2005). En los años sesenta del siglo XX, Asylums, del sociólogo Erwing Goffman (1961), se convirtió sin duda en una de las más destacadas aportaciones —habría que añadir también su estudio sobre el estigma (Goffman, 1968)— a un pensamiento crítico en torno a la situación social de los pacientes mentales desde fuera de la profesión psiquiátrica. Inspirado por la obra de Goffman y por la teoría del etiquetado (labeling theory) desarrollada por la sociología de la desviación, el filósofo de la ciencia Ian Hacking ha reflexionado sobre la elaboración cultural/construcción social de la locura y la capacidad de determinadas disciplinas para inventar/construir gente (making up people) a través, precisamente, de la aceptación por parte del etiquetado (del diagnosticado) de la condición que se le atribuye.

Tampoco puede olvidarse, como es lógico, la no menos influyente obra de Foucault, tanto el análisis de las formas de representación de la locura como producto sociocultural (Foucault, 1961) como el minucioso estudio del dispositivo psiquiátrico, es decir, las distintas formas de violencia (prohibiciones, represión, exclusión, coerción, etc.) que se integran en una serie de estrategias y maniobras regladas generadoras de discursos y saberes que terminan gestionando un régimen de “verdad” (Foucault, 2003).

Cabe recordar, asimismo, el papel desempeñado por la historia

social de la medicina (o de la salud) en la elaboración de todo un discurso que pone de manifiesto la necesidad de entender que la locura no es un problema necesariamente médico. George Rosen ya apuntaba en 1968 la importancia de los factores sociales, políticos e ideológicos que influyen en la teoría y en la práctica psiquiátrica, el grado en que los problemas cruciales, como el definir la locura y el separarla de la cordura, se han formulado siempre en contextos organizados según dimensiones morales, teológicas, legislativas y sociales, más que en términos médicos (Rosen, 1968). Asimismo, la historia "desde la perspectiva del paciente" (Porter, 1985; Huertas, 2013) ha permitido descentrar el lugar de la enunciación, poniendo el foco no en los saberes ni en las prácticas de las psiquiatras, sino en las experiencias de las pacientes, capaces de generar otro saber, no hegemónico sino subalterno, que es imprescindible tener en cuenta (Villasante et al., 2018). La llamada historia desde abajo y los estudios culturales, así como elementos procedentes del psicoanálisis y de la psicología social, se dan la mano en este intento de hacer otra historia para otra psiquiatría (Huertas, 2012 y 2017).

En suma, existe la posibilidad de pensar la locura desde disciplinas ajenas a la psiquiatría que ayuden a matizar, complementar o corregir, según los casos, la mirada psiquiátrica hoy hegemónica, individual y organicista, incorporando análisis contextuales que permitan entender la influencia del medio social y favorezcan modelos de intervención que primen la subjetividad, que eviten el estigma y que, incluso, politicen el sufrimiento.

En la actualidad, estas críticas externas al modelo hegemónico en la atención en salud mental forman parte también de movimientos transversales como el feminismo, los discursos de clase, raza o postcoloniales, por ejemplo. Todos ellos cuestionan el planteamiento de fondo de nuestra sociedad neoliberal y heteropatriarcal en donde la atención psiquiátrica es una pieza más del engranaje que favorece la despolitización de los conflictos y los lleva al terreno de lo técnico y de lo personal. Por otro lado, más anclados en la salud mental, se encuentran los movimientos en primera persona donde las supervivientes de la psiquiatría, familiares o usuarias en activo llevan a cabo un cuestionamiento directo al poder institucional y profesional. El surgimiento con

fuerza de este activismo “profano” está empezando a hacer tambalear los pilares de la práctica clínica de la psiquiatría hegemónica. Finalmente, el desarrollo y la confluencia de todos estos movimientos serán claves para acabar con las desigualdades y las discriminaciones de los colectivos más agraviados y, en nuestro campo, el camino hacia la desalienación y la emancipación de la locura.

Desde el interior de la profesión psiquiátrica han tenido lugar, asimismo, críticas y autocríticas de las que han surgido alternativas teóricas y asistenciales que, en mayor o menor medida, han modificado el rumbo de la disciplina. En no pocas ocasiones las pugnas entre escuelas —y lo cerca o lejos que estas hayan estado de la medicalización de la locura— han generado diferencias interpretativas muy notables: cuerpo y alma, cerebro y mente, materia y pensamiento, neurotransmisor y significante; representan modelos antitéticos desde los que tradicionalmente se han elaborado acercamientos a “lo mental”. En el ámbito asistencial, ya en el siglo XIX, pueden identificarse críticas al manicomio y experiencias alternativas “abiertas”, como la famosa y paradigmática comunidad belga de Gheel (Geel en flamenco), que provocó importantes discusiones en el seno del poderoso alienismo francés (Huertas, 1988). Más tarde, durante las primeras décadas del siglo XX, el movimiento pro higiene mental propició reformas asistenciales de mayor o menor calado según el contexto que se considere, con la aparición de nuevos dispositivos asistenciales —los dispensarios de higiene mental, los servicios de puertas abiertas, etc.— complementarios del hospital psiquiátrico, nunca cuestionado, en un modelo en el que se pretendieron primar aspectos preventivos, pero en el que la peligrosidad social y la cronicidad siguieron siendo categorías incontrovertidas que marcaban las prácticas asistenciales y la selección de pacientes (Campos, 2001). Finalmente, tras la Segunda Guerra Mundial, la crítica al manicomio, a la que no es ajena su identificación con los campos de concentración (Von Bueltingsloewen, 2007), se recrudece y van surgiendo iniciativas y experiencias, como las comunidades terapéuticas, la psicoterapia institucional o el modelo de salud mental comunitario en cualquiera de sus variantes (psiquiatría de sector, etc.), en la que han pretendido basarse las reformas psiquiátricas del último tercio del siglo XX (Desviat,

1994); y no podemos olvidar, en este sentido, el movimiento antipsiquiátrico que —entendido en un sentido amplio— supuso, en el marco de la contracultura y de los nuevos movimientos sociales, un innegable revulsivo, con sus aciertos y sus limitaciones, para pensar la locura de otra manera.

En todo caso, pese a los indudables cambios que se han producido en las prácticas psiquiátricas y en los espacios terapéuticos: manicomio, hospital psiquiátrico, dispositivos comunitarios, remedios farmacológicos, intervenciones psicosociales, etc., no debemos perder de vista que dichos cambios han respondido, entre otras cosas, al "encargo social" que la psiquiatría —y sus expertas— ha recibido en cada momento histórico (Fernández Liria, 2018). Su función ha oscilado entre la exclusión y la adaptación social de la loca y del loco; entre la reproducción de la fuerza de trabajo y los intereses de mercado, siempre con el telón de fondo de la defensa social y sus variantes. Resulta imprescindible identificar estas contradicciones, esta característica de "prestación especial" al servicio del poder para pensar, elaborar y poner en práctica alternativas con suficiente perspectiva.

El presente libro pretende ser una aportación a la crítica actual de la conceptualización y la práctica psiquiátricas realizada desde dentro, por profesionales con una trayectoria de experiencia asistencial e investigadora. La historia reciente del pensamiento crítico en psiquiatría, el análisis de la gestación y los fracasos de la reforma comunitaria de la salud mental, la deconstrucción del autoritarismo psiquiátrico y la reconstrucción de una práctica clínica más horizontal, y el activismo profesional como una tarea imprescindible en nuestro quehacer profesional son las cuatro líneas de trabajo que hemos escogido. Sin duda puede haber otras, como el enfoque de género en salud mental o el análisis del activismo en primera persona, aspectos cruciales en nuestra reflexión cuyo desarrollo será objeto de ulteriores entregas en esta serie de monografías sobre psiquiatría y cambio social. Con todo, nuestro objetivo es abrir una grieta en la institución psiquiátrica que permita la entrada de luz y posibilite reenfocar el sufrimiento psíquico y su atención desde otras perspectivas. Tenemos que trascender la práctica biomédica individualizada y abrir ventanas hacia la responsabilidad con lo humano y lo social para enriquecer

los discursos y hacerlos más complejos. Esto significa también asumir las incertidumbres que todo esto genera, sin pretender eludirlas con reconfortantes evidencias, miopes e interesadas. El propósito final es poder comprometernos más y mejor en la atención clínica y fuera de ella, con el fin de favorecer la emancipación de las usuarias a lo largo de un camino difícil y controvertido que podemos transitar a su lado.

En el primer capítulo se realiza un análisis sobre las continuidades y discontinuidades que se trazan entre los movimientos antipsiquiátricos de los años sesenta del siglo pasado y la psiquiatría crítica actual. Se reconoce la confusión que puede llegar a generar el término antipsiquiatría y se analizan los discursos y las prácticas de una "antipsiquiatría" clásica, valorando sus aportaciones y su influencia en iniciativas posteriores y en las propuestas más recientes de crítica y alternativa a la psiquiatría.

La reforma comunitaria de la salud mental en España auguraba, en la época de la Transición, una transformación en la atención psiquiátrica que generó unas expectativas extraordinarias. Los condicionantes políticos, sociales y del ámbito profesional que han operado en su desarrollo dejan un sabor agridulce después de cuatro décadas. El análisis que se realiza en el segundo capítulo de las expectativas iniciales, el proceso y los resultados a día de hoy, dan cuenta de la devaluación de la reforma, condicionada por el neoliberalismo, hacia una práctica marcada por un modelo biomédico y una asistencia predominantemente individualizada.

El discurso psiquiátrico moderno, en la medida que es el hegemónico y se postula como el verdadero, posibilita una práctica asistencial jerárquica y vertical donde el profesional aparece respaldado por una certeza amparada en el método científico. La deconstrucción de este relato marcado por el autoritarismo científico es esencial para pensar alternativas en la conceptualización del sufrimiento psíquico y su atención. En el tercer capítulo se plantean la postpsiquiatría y la psiquiatría crítica como narrativas alternativas que desafían el poder del discurso psiquiátrico biomédico y abren la perspectiva para entender los problemas mentales a través de otras metáforas, otros campos de significados que posibilitan una relación terapéutica más horizontal.

El activismo profesional es un campo de actuación diverso donde, con múltiples estrategias, convergen perspectivas de salud pública que buscan cambios globales junto con luchas en torno a poblaciones concretas. En el cuarto capítulo se hace un análisis descriptivo de todos estos aspectos y se profundiza en los obstáculos y contradicciones que acompañan al compromiso y la lucha por una emancipación de la locura.

Recordemos, para terminar, que se cumplen cincuenta años del mayo francés, de la Primavera de Praga, de la matanza de Tlatelolco y de otros muchos acontecimientos que tuvieron lugar en aquel agitado 1968. Tiempos de luchas estudiantiles, de movilizaciones y revueltas —también de represión—, de anticolonialismo, pacifismo y feminismo, de contracultura y de crítica institucional… En el ámbito que nos ocupa, el de la crítica en psiquiatría, en 1968 se publicó, como es sabido, La institución negada, la obra coordinada por Franco Basaglia que da cuenta de la experiencia de reforma llevada a cabo en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia desde su llegada en 1961.

En uno de los capítulos de este libro, titulado “La institución de la violencia” y escrito por el propio Basaglia, se hace alusión a un cuento oriental que relata “la historia de un hombre que andaba enfrentándose con una serpiente”. Basaglia lo narra en los siguientes términos:

Un día que nuestro hombre dormía, la serpiente, deslizándose por su boca entreabierta, fue a colocarse en su estómago, y desde entonces se dedicó a dictar desde allí su voluntad a aquel desgraciado, que de este modo se convirtió en su esclavo. El hombre se encontraba a merced de la serpiente: no era dueño de sus actos. Hasta que, un buen día, el hombre volvió a sentirse libre: la serpiente se había marchado. Pero de repente se dio cuenta de que no sabía qué hacer con su libertad. “Durante todo el tiempo en que la serpiente había mantenido sobre él un dominio absoluto, el hombre se había acostumbrado a someter por completo su voluntad, deseos e impulsos a la voluntad, deseos e impulsos de la serpiente, y por ello había perdido la facultad de desear, querer y actuar con autonomía… En vez de la libertad, solo hallaba el

vacío..., pero con la partida de la serpiente perdió su nueva esencia, adquirida durante su cautividad", y solo fue necesario que aprendiera a reconquistar, poco a poco, el contenido precedente y humano de su vida.

La analogía entre esta fábula y la condición institucional del enfermo mental es sorprendente: parece ilustrar, en forma de parábola, la incorporación, por parte del enfermo mental, de un enemigo que le destruye con la misma arbitrariedad y la misma violencia que la serpiente de la fábula ejerce para subyugar y destruir al hombre. Pero nuestro encuentro con el enfermo mental nos ha demostrado, además, que —en esta sociedad— todos somos esclavos de la serpiente, y que si no intentamos destruirla o vomitarla, llegará el momento en que nunca más podremos recuperar el contenido humano de nuestra Vida (Basaglia, 1968: 168-169).

La fábula de la serpiente[1] tiene, sin duda, una fuerza simbólica y un significado que trasciende la época de la reforma basagliana y que nos sigue interpelando sobre la necesidad de alternativas a la atención y cuidados desde perspectivas críticas y emancipatorias. Resulta obvio que esto exige nuevas elaboraciones que, a su vez, den respuestas a los retos que en la actualidad plantea la salud mental: la psiquiatría crítica (Ortiz, 2013), la postpsiquiatría (Vispe y Valdecasas, 2018), la transpsiquiatría (Climent y Carmona [coords.], 2018), el subjetivismo crítico de ciertas maneras de entender la psicopatología (Martín y Colina, 2018), o la salud mental colectiva (Desviat, 2016), son algunas de las novedades que, en este momento, recogen y actualizan discursos alternativos a la psiquiátrica hegemónica.

Sin embargo, la construcción de alternativas no implica solo al ámbito psiquiátrico (las soluciones sectoriales son siempre limitadas), sino a procesos más amplios de cambio social. La politización del sufrimiento en nuestro modelo de sociedad nos lleva a denunciar, claro está, las consecuencias de la privatización y los recortes en relación con los recursos asistenciales; a propugnar modelos de atención respetuosos con los derechos humanos, con la proscripción de prácticas coercitivas (tratamientos involuntarios,

contenciones mecánicas, etc.), desde el convencimiento de que la "libertad es terapéutica"; pero también a advertir las falacias culturales del sistema: el individualismo, la competencia, la inmediatez, la fragilidad de las relaciones humanas, etc.; y a insistir una y otra vez en las consecuencias demostradas de la crisis económica, de la pobreza y la precariedad, en la salud en general y en la salud mental en particular.

Y si todas somos esclavos de la serpiente, el viejo interrogante revolucionario parece seguir vigente: ¿qué hacer?

NOTA

Se recurrirá al uso del femenino genérico a lo largo de la obra para designar a mujeres y a hombres.

Bibliografía

Basaglia, F

. (1968): "La institución de la violencia", en F. Basaglia (coord.), L'istituzione negate. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Einaudi, Turín, pp. 127-169.

Bloom, S. W.

(2005): "The relevance of medical sociology to psychiatry", Journal of Nervous and Mental Disease, 193 (2), pp. 77-84.

Campos

, R. (2001): "De La higiene del aislamiento a la higiene de la libertad: la reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)", Frenia, 1 (1), pp. 37-64.

Climent, M. T.

y

Carmona, M.

(coords.) (2018): Tranpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental, AEN, Madrid.

De la Mata, I.

(2017): “Salud mental y neoliberalismo”, en VVAA, Salud mental y capitalismo, Cisma, Madrid, pp. 145-160.

Desviat, M.

(1994): La reforma psiquiátrica, Grupo 5, Madrid.

—

(2016): Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva, Grupo 5, Madrid.

Durkheim, E.

(1897): Le suicide. Étude de sociologie, Félix Alcan, París.

Férnandez Liria, A

. (2018): Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y de la “salud mental”, Desclée de Brouwer, Bilbao.

F

oucault

, M. (2003): Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974, Gallimard, París.

Goffman, E

. (1961): Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Doubleday, Nueva York.

—

(1968): Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity, Pelican Books, Londres.

Hacking, I.

(1986): “Making Up People”, en T. Heller (ed.), Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in Self Investigation Thought, Stanford University Press, Stanford, pp. 161-171.

Huertas, R.

(1988): “La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 8 (25), pp. 257-266.

—

(2012): Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura, Los libros de la Catarata, Madrid.

—

(2013): “Another History for Another Psychiatry. The Patient’s View”, Culture and History, 2 (1), e020 [disponible en http://dx.doi.org/10.3989/chdj.2013.021].

—

(2017): Otra historia para otra psiquiatría, Xoroi, Barcelona.

Martín, L

. y

Colina, F.

(2018): Manual de psicopatología, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Ortiz, A.

(2013): Hacia una psiquiatría crítica, Grupo 5, Madrid.

Porter, R.

(1985): “The Patient’s View: Doing Medical History fron below”, Theory and Society, 14 (2), pp. 175-198.

Rosen, G.

(1968): Madness in Society. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness, University of Chicago Press, Chicago.

Villasante, O.; Candela, R.; Conseglieri, A.; Vázquez de la Torre, P.; Tierno, R.

y

Huertas, R.

(2018): Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés, Los Libros de la Catarata, Madrid.

Vispe, A.

y G[a]-

Valdecasas, J.

(2018): Postpsiquiatría, Grupo 5, Madrid.

Von Bueltingsloewen, I

. (2007): L’hécatombe des fous: La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l’Occupation, Aubier, París.

Capítulo 1

Vieja y nueva antipsiquiatría[*2]

Rafael Huertas

Introducción

El Instituto de Educación de la Universidad de Toronto convocó en 2016 una beca de investigación sobre antipsiquiatría. Presentada como la primera del mundo, la Beca Bonnie Burstow en Antipsiquiatría pretendía estimular formas alternativas de organización social para "no inventar enfermedades mentales y para conseguir una mayor aceptación de la diferencia". Ni que decir tiene que la iniciativa cosechó críticas y comentarios negativos desde la psiquiatría oficial, pero no deja de resultar interesante constatar el empeño de la profesora Burstow en introducir en ámbitos académicos la formación y la investigación en anti-psiquiatría. Burstow tiene una larga trayectoria como profesora universitaria y como activista social; sus líneas de trabajo se han centrado en terapia feminista, antipsiquiatría, empoderamiento de los supervivientes de la psiquiatría, derechos humanos, etc. En su último libro, Psychiatry and business of madness (2015), sintetiza sus críticas a la psiquiatría y argumenta su posición desmedicalizadora (de la locura) y abolicionista (de la medicina mental).

Con independencia del acuerdo o desacuerdo que pueda generar la obra de Burstow, su propuesta nos indica que el debate en torno a la psiquiatría sigue muy vigente y que el movimiento antipsiquiátrico de los años sesenta y setenta del siglo XX, con sus luces y sus sombras, parece resurgir en la actualidad. Aunque con contenidos y en contextos muy diferentes, no dejan de resultar esclarecedoras las evidentes conexiones que pueden establecerse entre los discursos y las prácticas de lo que podríamos llamar la vieja y la nueva antipsiquiatría.

Me parece significativo, por ejemplo, la utilización de un lenguaje compartido a la hora de desarrollar un discurso crítico. Por poner un solo ejemplo, la consideración de la enfermedad mental, o de la propia psiquiatría, como un mito aparece en obras publicadas con casi cincuenta años de diferencia. Así, el empleo coloquial del término "mito" aplicado por Thomas Szasz en The Myth of Mental Illness (1961) es retomado por Joana Moncrieff en su The Myth of Chemical Cure (2008), sin olvidar, aunque en un sentido diferente, a Giovanni Jervis y El mito de la antipsiquiatría (1979). Pero, al margen de las metáforas, no cabe duda de que la psiquiatría es una especialidad médica que históricamente ha generado contradicciones muy importantes. Para Ronald Laing, uno de los máximos exponentes de la antipsiquiatría británica de los años sesenta, "la psiquiatría es la única rama de la medicina que trata a las personas en contra de su voluntad […] es la única rama de la medicina que encarcela a sus pacientes si lo cree necesario" (Laing, 1985); de igual modo que la psiquiatría es la única especialidad médica que ha generado un movimiento de "supervivientes" (Morrison, 2005), dotando al activismo en salud (health activism) (Laverack, 2013), en este caso en salud mental, de unos contenidos específicos y de una trascendencia bien diferenciada en relación con otros ámbitos asistenciales y sanitarios.

En realidad, las reacciones a la psiquiatría como disciplina de poder (Foucault, 2003) pueden rastrearse desde los inicios del alienismo. Recordemos, en este sentido, la influencia que los relatos de ciertos pacientes ilustres e ilustrados pudieron tener en algunas iniciativas de reforma de las instituciones: John Thomas Perceval (1840), hijo del que fuera primer ministro británico a comienzos del siglo XIX, narró la experiencia de sus ingresos psiquiátricos en A Narrative of the Treatment Experience by a Gentleman During a Mental State of Derangement (1840), propiciando la fundación de la Sociedad de Amigos de los Presuntos Lunáticos. Algo similar, salvando las distancias, ocurrió con la publicación de A Mind That Found Itself del estadounidense Clifford Beers (1908), inspirador del movimiento pro higiene mental (Winters, 1969; Dain, 1980; Huertas, 2008).

No cabe duda, sin embargo, de que es a partir de la década de los sesenta del siglo XX cuando cristaliza un movimiento sin

precedentes que pone en cuestión no solo la psiquiatría y la práctica manicomial, sino el propio concepto de enfermedad mental. Son tiempos de cambio social, de contracultura y de movilizaciones; una época radical y optimista en la que el pensamiento crítico aflora arropado por un amplio movimiento de contestación a lo establecido: feminismo, anticolonialismo, lucha por los derechos civiles…, conmociones revolucionarias en América Latina y en África, las protestas contra la guerra de Vietnam, el Mayo francés, la Primavera de Praga, y un largo etcétera de fenómenos sociales, de procesos y acontecimientos que enmarcan propuestas de transformación política, social y cultural. Es en este contexto en el que hay que entender el surgimiento de la antipsiquiatría, un término ambiguo y confuso propuesto por David Cooper (1967) que se difundió con rapidez y que se asimiló a cualquier pensamiento crítico y alternativo en psiquiatría.

Existe una muy amplia bibliografía sobre el movimiento antipsiquiátrico a la que cabe remitir para conocer de manera exhaustiva tanto su historia como sus características, logros y limitaciones. Algunas autoras han afirmado que la antipsiquiatría surge a partir "de los esfuerzos de sus cuatro pensadores seminales: Michel Foucault en Francia, R. D. Laing en Gran Bretaña, Thomas Szasz en Estados Unidos, y Franco Basaglia en Italia" (Rissmiller y Rissmiller, 2006); otras se muestran partidarias de circunscribir la antipsiquiatría a un contexto muy concreto: al Londres de los años sesenta y a unos psiquiatras que se autodenominaron antipsiquiatras y que, influidos por el marxismo y el existencialismo, formularon un especial modo de concebir la locura proponiendo peculiares experiencias terapéuticas (Nasser, 1995), lo que los distinguiría de otros movimientos críticos y reformadores como el italiano.

De un modo u otro, más abarcador o más circunscrito, lo cierto es que la etiqueta "antipsiquiatra" fue utilizada en no pocas ocasiones para desacreditar tanto las críticas a la psiquiatría manicomial como las propuestas alternativas que iban surgiendo. Más tarde o más temprano, las psiquiatras a los que se las calificó como antipsiquiatras, o que en su momento se reconocieron como tales, acabaron renunciando a dicha etiqueta y rechazando esta denominación.

En todo caso, por molesto o ambiguo que resulte el término, no cabe duda de que hizo fortuna, de que se sigue utilizando y genera un indudable interés en la actualidad. Algunas obras muy recientes, como la de Oisín Wall (2017) sobre la antipsiquiatría británica, la de John Foot (2015) sobre el caso italiano, o la más abarcadora y dialéctica de Jacques Hochmann (2015), denotan su relevancia y actualidad historiográfica.

Mi intención en las páginas que siguen no es ofrecer un análisis pormenorizado de esta vieja antipsiquiatría sesentera y setentera que, por el fuste intelectual y por la influencia de algunos de sus representantes, podríamos denominar antipsiquiatría clásica, sino valorar su papel histórico y sus puntos de conexión con una nueva antipsiquiatría, la que está formulándose en el siglo XXI, en un momento mucho menos optimista, de ofensiva conservadora y neoliberal, en el que los discursos y las prácticas contrahegemónicas son minoritarias pero que, aun así, ocupan un innegable espacio de resistencia y de pensamiento crítico. Un momento también de mayor complejidad teórica, pues no es lo mismo antipsiquiatría que psiquiatría crítica, o que postpsiquiatría (del mismo modo que no es lo mismo contrapsicología que psicología crítica), aunque existan conexiones y puntos en común evidentes; y tampoco son ya los mismos actores sociales los que intervienen en un proceso en el que además de tener en cuenta la coexistencia de saberes expertos y profanos, resulta imprescindible "cohabitar la diferencia" (Desviat, 2016).

Un último apunte metodológico antes de proseguir. A lo largo de este trabajo, entenderemos la antipsiquiatría como un movimiento social con planteamientos y desarrollos diversos, pues se trata de un término que "no encierra un conjunto doctrinal ni un tipo de praxis estandarizada, sino una serie de posturas críticas que solo adquieren sentido en su particular contexto" (Fábregas, Mora y Roig, 1977: 19). Aun reconociendo, como no podría ser de otra manera, la importancia y la influencia de autores como Laing, Cooper, Basaglia, Foucault, Goffman o Szasz, no conviene simplificar, pues existen otros referentes, individuales y colectivos, que participaron activamente en las dinámicas antipsiquiátricas. Aunque las propuestas de los intelectuales resultan imprescindibles para entender los discursos alternativos, no debemos olvidar que estamos

ante uno de los llamados nuevos movimientos sociales (Crossley, 2002 y 2006a). Los movimientos sociales en salud pueden entenderse como desafíos colectivos a la política sanitaria (provisión de servicios, infraestructuras, salud pública y calidad ambiental, etc.), pero también al sistema de creencias y a las actitudes socioculturales hacia determinadas enfermedades o problemas de salud (Brown et al., 2004). En este sentido, el movimiento antipsiquiátrico criticó la asistencia manicomial y el poder psiquiátrico formulando otras opciones terapéuticas y de relación con las pacientes, pero también pretendió dinamitar la noción misma de "enfermedad" mental abogando por un cambio cultural en torno a la locura.

Para los propósitos de este ensayo intentaremos aunar y compaginar ambos acercamientos y nos centraremos en los dos núcleos de producción teórica y de experiencias concretas —el británico y el italiano— a partir de los cuales se extendió la crítica psiquiátrica, y su condición de movimiento social, con sus connotaciones políticas y culturales.

En la zona del interior: el yo dividido y las comunidades terapéuticas

La novela de Clancy Sigal Zone of the interior, publicada en Estados Unidos en 1976, no llegó a editarse en Gran Bretaña hasta 2005. Su autor, novelista, periodista y activista de izquierdas, mantuvo una conocida relación amorosa con Doris Lessing —premio Nobel de Literatura en 2007 y militante comunista durante los años cincuenta —, e inspiró el personaje de Samuel Green en The Golden Notebook (1962). La relación entre ambos ha sido estudiada recientemente (Rubenstein, 2014), pero lo que me interesa destacar en este momento es que Sigal fue primero paciente y más tarde colaborador de Ronald Laing en la comunidad de Kingsley Hall y también llegó a participar, junto a David Cooper, en Villa 21. Aprovechando estas experiencias, Zone of the interior es un inteligente relato satírico sobre la antipsiquiatría británica de los años sesenta. La novela ha

sido analizada con pericia por Adrian Chapman (2014), yo me limitaré a tomar prestado su título para ilustrar una característica de la antipsiquiatría británica en su relación con lo que se llamó la Nueva Izquierda (New Left). La "zona interior" hace referencia al mundo interior, a lo mental, pero también a lo individual, a lo íntimo y cotidiano, que ha de ser objeto de preocupación política. La zona interior tiene además una connotación bélica, es aquello que para la "vieja" izquierda quedaba fuera del teatro de operaciones y, por tanto, de la confrontación directa: de la lucha de clases. Si la izquierda tradicional orientaba la acción política hacia la base económica (estructural) del sistema capitalista, se imponía ahora dirigirla hacia su ideología, hacia la superestructura. Así, parte del proyecto de la Nueva Izquierda fue poner el énfasis en esos aspectos superestructurales, de modo que la "zona del interior": la familia, la enseñanza y la producción de conocimiento, la salud, la sexualidad, pero también el género o la etnia, cobraron un especial protagonismo político y, naturalmente… la locura.

Cooper y Laing son conspicuos representantes de esta Nueva Izquierda. Fuertemente influidos por la obra de Jean-Paul Sartre, y en el intento de aunar marxismo con existencialismo, recurrirán a este autor analizando su filosofía en Razón y Violencia (Laing y Cooper, 1964). Tampoco puede olvidarse, en el marco del pensamiento antipsiquiatrico británico, la asimilación de algunos conceptos psicoanalíticos a través de escuela de Frankfurt y la relación con la figura y la obra de Herbert Marcuse (1953, 1967 y 1968). Su impronta en la obra de Laing ha sido apuntada repetidamente (Kotowicz, 1997; Howart-Williams, 2015). Merece la pena añadir que el propio Laing comentó y discutió la obra de Marcuse en los ámbitos de la Nueva Izquierda (Laing, 1964), y que este llegó a participar en el congreso sobre la Dialéctica de la liberación que Cooper y Laing, entre otros, organizaron en Londres del 15 al 30 de julio de 1967 (Cooper [ed.], 1969).

La obra de Laing es compleja y, sin duda, tiene muchos niveles de análisis (Balbuena, 2011). Por nuestra parte señalaremos que, junto a las influencias filosóficas y políticas señaladas, en el campo profesional de la psiquiatría y el psicoanálisis la enseñanza de Donald Winnicott, supervisor de Laing en sus años de formación en la Clínica Tavistock, resulta fundamental en la formulación

laigniana del yo dividido (divided self) (Laing, 1960). Los conceptos formulados por Winnicott de verdadero yo (true self) y de falso yo (false self) permiten analizar el papel de las funciones maternas en el desarrollo emocional del sujeto, en su integración y en la capacidad de relación interpersonal (Winnicott, 1960). Asimismo, la teoría del doble vínculo introducía elementos discursivos en una manera de entender la locura que se alejaba de los paradigmas psiquiátricos más tradicionales. Como se sabe, la teoría del doble vínculo fue formulada originariamente por el psiquiatra y antropólogo Gregory Bateson y la Escuela de Palo Alto, en 1956, para explicar la esquizofrenia como un problema de comunicación —de mensajes contradictorios— en el seno de las relaciones familiares. Se trata de una teoría compleja, que ha tenido diversas actualizaciones conceptuales (Koopmans, 2001), pero que ejerció una gran influencia en Ronald Laing, quien amplió la visión de la hipótesis de "doble vínculo" e insistió en el papel de la sociedad, y de la familia, en la génesis de la esquizofrenia (Laing, 1971).

La familia, en efecto, es una de esas "zonas del interior" a las que las antipsiquiatras trasladan la lucha. En el caso de Laing, las alusiones a la familia (y a la sociedad) esquizofrenógena están presentes en las ya citadas The Divided Self (1960) y en The Politics of the Familiy (1971), también en Sanity, Madness and the Family (Laing y Esterson, 1964). Con todo, su discurso se tornará excesivamente individualista. En su análisis de The Politics of Experience (Laing, 1967), Marianne DeKoven señala: "Laing ubica toda esperanza de cambio en la conciencia individual" (DeKoven, 2004: 200). Pero me parece que esta afirmación es matizable y tiene que ver con un misticismo cristiano que impregna la obra de Laing desde sus primeros trabajos (Dewart, 1973; Miller, 2009). La (anti)psiquiatría de Laing parece responder a dos lecturas teológicas que se complementan: una mística, que combina con el psicoanálisis o con la psicología profunda y que le permite, por ejemplo, adaptar —y cristianizar— el concepto jungiano de metanoia y construir un relato psicoterapéutico de autorecuperación; y otra corporativa (colectiva) que abogaría por la inclusión social de las personas con sufrimiento psíquico a través, sobre todo, de las comunidades terapéuticas. Es decir, un giro hacia el interior, hacia el misticismo y la sacralización del yo, y otro giro hacia el exterior, hacia el activismo social y político (Miller, 2012).

Por su parte, David Cooper era un marxista heterodoxo, un revolucionario contracultural de la Nueva Izquierda probablemente más genuino que Laing. El ámbito de la vida cotidiana debía ser, para Cooper, un terreno de lucha política tan válida como la fábrica, lo que nos remite de nuevo a las "zonas del interior". En The Death of the Family (1971) o The Grammar of Living (1974) busca nuevas formas de vivir más allá de la familia nuclear y burguesa, a la vez que aspira a construir entornos en los que la locura pueda ser positivamente transformadora. En The Language of Madness (1980), entiende la locura como un acto de resistencia y un signo de la naturaleza represiva de la familia. Pero, por encima de todo, la locura aparece en la obra de Cooper como un recurso de transformación individual y social. "Todos los locos son disidentes políticos" (Cooper, 1980: 23), llegará a afirmar en una visión ciertamente romántica de la locura que podría no entenderse bien sin el contexto adecuado, pues en este caso Cooper no está asimilando, necesariamente, locura con psicosis:

La locura sobre la que escribo es la locura que está más o menos presente en cada uno de nosotros y no solo la locura que recibe el bautismo psiquiátrico con el diagnóstico de "esquizofrenia" o alguna otra etiqueta inventada por los agentes especializados de psicología y policía de la fase final de la sociedad capitalista. Así que cuando uso la palabra "loco" aquí no me refiero a una raza especial de personas, sino que el loco que hay en mí se está dirigiendo al loco que hay en ti (Cooper, 1980: 18).

Merece la pena señalar, a propósito de este planteamiento, la influencia o el diálogo que Cooper establece con los franceses Gilles Deleuze y Félix Guattari y, de manera particular, con L'Anti-Œdipe, primer volumen de Capitalismo y esquizofrenia, publicado en francés en 1972 y en inglés en 1977. Según Cooper, los autores franceses ofrecen "una magnífica visión de la locura como una fuerza revolucionaria, descodificando y rechazando la fijeza y la definición externa de esquizofrenia" (Cooper, 1980: 138).

Sin alejarnos de las relaciones con el ámbito francés, recordemos

que la Histoire de la folie à l'âge classique, que había sido la tesis doctoral de Foucault, era un texto muy académico y de lectura no demasiado fácil por lo que, en un principio, su acogida fue más bien discreta. El papel desempeñado por la versión inglesa, más reducida y accesible, publicada en 1967 con el título Madness and Civilization en una colección dirigida por Ronald Laing y con prólogo de David Cooper, fue fundamental en su enorme difusión e influencia posterior. Una aceptación propiciada, al menos en parte, por el interés que la obra de Foucault suscitó entre el movimiento antipsiquiátrico.

Aunque, en general, se tiende a asimilar a Laing y a Cooper como los máximos exponentes de la antipsiquiatría británica metiéndolos, por así decirlo, en el mismo saco, lo cierto es que el primero ha suscitado un mayor interés académico que el segundo. Las diferencias entre ambos han sido en ocasiones planteadas de manera demasiado esquemática y difuminada. Peter Sedgwick (1982: 108) se limita a señalar el mayor radicalismo de Cooper, y lo mismo ocurre con Kotowicz (1997: 66), mientras que el hijo y biógrafo de Laing, Adrian, se ha esforzado en marcar las diferencias entre ambos, al presentar una visión positiva del legado de su padre y negarle la condición de antipsiquiatra, etiqueta que tan solo reserva para Cooper (Laing, 1994). Si bien creo haber apuntado que las diferencias teóricas y políticas entre ambos son de cierto calado y no pueden reducirse a si uno era más radical y otro más moderado, es evidente que un mayor interés académico por la obra de Cooper sería muy deseable (Chapman, 2016).

A las contribuciones teóricas de Cooper y Laing en la elaboración de un discurso crítico en torno a la locura y a la psiquiatría hay que añadir las efímeras pero muy significativas experiencias asistenciales de Villa 21 y de Kingsley Hall.

Villa 21

En 1962, David Cooper puso en marcha una comunidad terapéutica experimental en el Hospital Shenley, en Hertfordshire, próximo a

Londres. Se instaló en el Pabellón 21, que había sido utilizado para la aplicación de la cura de Sakel antes de que se demostrara que la inducción del coma insulínico en pacientes mentales fue un mito más en la historia de la psiquiatría (Bourne, 1953) y se abandonara a lo largo de la década de los cincuenta.

Cooper contó con el apoyo de S. T. Hayward, un psiquiatra consultor del Shenley que acababa de publicar un artículo en The Lancet en el que abogaba por la creación de "hospitales de pacientes" más enfocados a estas que a las enfermedades (Hayward, 1961). Ambos presentaron una propuesta de subvención a la Junta Regional de Hospitales (CRSC, 1961). Aunque dicha propuesta fue rechazada, el plan recibió el apoyo del hospital (Wall, 2013).

Cooper se inspira, en un principio, en el modelo de comunidad terapéutica de Maxwell Jones (1953), sin embargo, según explica, "aunque esta unidad compartió muchas de las ideas sobre la comunidad terapéutica propuestas por Maxwell Jones, Wilmer, Artiss y otros, creo que fue única en la medida en que trató pacientes esquizofrénicos según una ideología terapéutica orientada a la familia" (Cooper, 1967: 11), y prosigue afirmando que su enfoque "debería basarse en una comprensión de la esquizofrenia, no como entidad nosológica, sino como cierto conjunto más o menos especificable de pautas de interacción personal; es decir, debía tomar la esquizofrenia no como algo que ocurre en una persona, sino más bien entre personas". Este esfuerzo por "comprender" la psicosis se confronta con lo que entiende como violencia psiquiátrica institucional:

Sobre todo, me ha preocupado el problema de la violencia en psiquiatría, y he llegado a la conclusión de que quizá la más notable forma de violencia en este campo sea nada menos que la violencia de la psiquiatría, en la medida en que esta disciplina opta por refractar, condenar y dirigir hacia sus pacientes identificados la violencia sutil de la sociedad; con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar a la sociedad contra estos pacientes. He imaginado una unidad experimental futura en la cual pueda promoverse el trabajo basado en esta comprensión (Cooper, 1967: 11).

Cooper consideraba que las pacientes se “deformaban institucionalmente” al interiorizar las reglas del hospital (Cooper, 1967: 83), por eso intentó abolir todas las normas excepto las impuestas por ley. Como en otras comunidades terapéuticas, su objetivo era crear una comuna en la que la distinción entre pacientes y personal fuera lo más vaga posible y ambos interactuaran en pie de igualdad, apoyándose mutuamente y donde la prescripción de medicamentos se mantuviera al mínimo. Es un error común afirmar que Cooper y los antipsiquiatras británicos proscribieron el uso de medicamentos psiquiátricos. Es cierto que se opusieron a la medicación como una herramienta represiva que podría usarse para silenciar a una paciente para la conveniencia del personal y otras personas a su alrededor. Sin embargo, no se negaron al uso de medicamentos con fines terapéuticos y algunas veces se usaron drogas como LSD y Largactil. En Villa 21 las personas internadas podían solicitar pastillas para dormir o tranquilizantes si sentían que los necesitaban. No resulta fácil reconstruir el funcionamiento de Villa 21. Las sesiones regulares de terapia grupal, “autogestionadas” por las propias pacientes, caracterizó la actividad habitual frente a la muy escasamente practicada terapia individual (Wall, 2013).

A Cooper le resultó muy difícil mantener a flote y desarrollar Villa 21. Además de problemas de gestión interna y del deterioro físico de las instalaciones, el experimento fue objeto de múltiples críticas y su viabilidad se hizo insostenible. En abril de 1966 Cooper fue sustituido por Michael Conran, quien desactivó las dinámicas existentes, restituyó las reglas y restableció las relaciones tradicionales entre el personal y las personas ingresadas (Wall, 2013).

Villa 21 se vio superada por dificultades organizativas y obstáculos profesionales y administrativos, pero influyó en otras iniciativas ulteriores, como la Philadelphia Association y la Asociación Arbours. En definitiva, Villa 21 fue un experimento (anti)psiquiátrico, pero también, y sobre todo, político. Estaba destinado a ser un desafío directo al poder del hospital psiquiátrico como institución de control social (Cooper, 1965). Cooper quería

demostrar que las pacientes podían recuperarse si se les daba espacio para explorar su opresión internalizada y descubrir su autonomía. Esperaba demostrar que el poder ejercido por la institución no solo era terapéuticamente innecesario, sino simplemente un ejercicio de lo que Foucault definió como poder disciplinario.

A mediados de la década de 1960, Cooper se involucró en nuevos proyectos contraculturales, casi todos en colaboración con Laing: la Philadelphia Association (1964–), la comunidad de Kingsley Hall, el Instituto de Estudios Fenomenológicos, el Congreso Internacional sobre la Dialéctica de la Liberación (1967), etc.

Kingsley Hall

Tras dejar la Clínica Tavistock, Ronald Laing fundó, junto a David Cooper, Aaron Esterson y Joseph H. Berke, entre otros, la Philadelphia Association. En 1965, esta Asociación arrendó un inmueble histórico en el East End de Londres. Kingsley Hall era un centro social que en 1931 había sido residencia de Gandhi cuando este viajó a la capital británica para negociar la independencia de la India. La comunidad terapéutica de Kingsley Hall funcionó entre 1965 y 1969.

De manera muy similar a Villa 21, se abolieron los roles profesionales y los límites disciplinarios o de autoridad, conformándose un espacio de libertad, sin coerciones y en el que las decisiones de las pacientes eran respetadas. Desde el punto de vista terapéutico, la responsabilidad personal y la vida comunitaria eran claves en el esfuerzo de autorreparación que se esperaba de las personas con sufrimiento psíquico.

Laing describió la locura como un viaje de liberación y autodescubrimiento. Una especie de regresión a los orígenes que es descrita del siguiente modo:

En lugar de una clínica mental […] necesitamos un lugar donde las personas que han hecho un largo viaje y en consecuencia puede que estén más perdidas que otra gente puedan encontrar el camino entrando más aún en el espacio y tiempo interiores, y regresar de nuevo. En vez de la ceremonia de la degradación del examen psiquiátrico, diagnosis y prognosis, necesitamos para aquellas personas que estén preparadas (con frecuencia aquellas que en la terminología psiquiátrica están al borde de la esquizofrenia) una ceremonia de iniciación, a través de la cual se guíe a la persona, con pleno estímulo y sanción sociales, hacia el espacio y tiempo interiores. Psiquiátricamente esto significaría que los expacientes ayudarían a los futuros pacientes a volverse locos (Laing, 1967)

Uno de los casos más famosos del Kingsley Hall es el de Mary Barnes, que llegó a convertirse en un auténtico "paradigma" del movimiento antipsiquiátrico. Mary Barnes realizó, ayudada por el psiquiatra J. Berke, una larga regresión-renacimiento a lo largo de su estancia: "Eso fue para mí Kingsley Hall, un salto mortal hacia atrás, una ruptura, una purificación, una renovación […]. El yo enterrado, embrollado en la culpa y ahogado en cólera, creció de nuevo, libre de los nudos de mi pasado" (Barnes y Berke, 1971).

El componente místico de la propuesta de Laing, al que antes hemos aludido, queda bastante patente en estos textos, pero también el empeño de proporcionar autorrecuperación y autoconocimiento. Un viaje interior (metanoia) que se describe en términos arquetípicos y que, como ya quedó dicho, sitúa a Laing en el marco de un cierto pensamiento postjungiano o neojunguiano (Samuels, 1986: 165). También influido por el pensamiento de Carl G. Jung, el psiquiatra estadounidense John Perry puso en marcha en San Francisco en la década de los setenta una modalidad de práctica (anti)psiquiátrica denominada diabasis ('transición') cuyo planteamiento era que los estados de locura y otras crisis albergan una oportunidad de desarrollo de la personalidad (Perry, 1977-1978).

Cuando en 1970 expiró el contrato de arrendamiento de Kingsley Hall, Laing y sus colegas ya contaban con varios edificios en los que instalar comunidades similares (Thompson, 2015). La Philadelphia Association sigue funcionando en la actualidad, desprovista ya de

los elementos contraculturales de los años sesenta, pero intentando mantener el legado de Laing con una filosofía que prima la capacidad para cuestionar las normas sociales, así como la espiritualidad y la conversación comunitaria e inclusiva. “Una vez que comienza la conversación —se afirma en la web de la asociación— se abren caminos que alejan del aislamiento y la desesperación hacia la dignidad y una mayor libertad”[3].

Por su parte, siguiendo esta misma tradición, Joseph Berke, el psiquiatra que había acompañado a Mary Barnes en su “viaje psicótico de autoconocimiento” en Kingsley Hall (Barnes y Berke, 1971), fundó The Arbours Housing Association[4]. En un pequeño texto de promoción de la Asociación Arbours, Berke ofrece una información escueta pero muy clara de los principios que guían su propuesta, en continuidad con Kingsley Hall: “Proponemos crear un centro donde las personas en crisis emocionales puedan buscar ayuda y vivir. El centro estará abierto para cualquiera independientemente de la profundidad de la angustia”. Se descarta el modelo médico para los trastornos mentales, “para los que no se ha encontrado una causa física”, lo que no quiere decir que negarse a etiquetar ciertas experiencias o comportamientos como enfermedades implique no reconocer que son inusuales o generadoras de sufrimiento. “Muchas de estas personas consideradas enfermas necesitan tiempo, espacio y ánimo para hacer y ser más de lo que se les había permitido antes. Proponemos hacer esto posible” (Berke, 1971).

No podemos terminar este apartado sin aludir a otra comunidad terapéutica que, en cierto modo, ha mantenido el espíritu de Kingsley Hall pero con variantes y adaptaciones que nos permiten valorar las continuidades entre la antipsiquiatría clásica representada por Laing, Cooper o Berke, y ulteriores experiencias de atención psiquiátrica alternativa: el proyecto Soteria.

Soteria

Soteria nace como un proyecto de investigación diseñado y liderado

por Loren Mosher, un psiquiatra estadounidense que llegó a ser, entre 1968 y 1980, jefe del Center for Studies of Schizophrenia, dependiente del National Institute of Mental Health. Durante esta época consiguió fondos para llevar a cabo una investigación cuyo objetivo era valorar los resultados de un modelo alternativo para el tratamiento de las psicosis agudas no hospitalario, no farmacológico y basado en el apoyo mutuo, el trato humano, y en una psicoterapia de corte existencial y fenomenológico. El proyecto Soteria (del griego: 'salvación', 'liberación') tuvo su base en una casa situada en San José (California) y se desarrolló entre 1971 y 1983. Mosher llegó a ser un psiquiatra muy influyente durante la década de los setenta, ocupó cátedras y puestos de responsabilidad en la Administración sanitaria estadounidense, fundó y fue primer editor del Schizophrenia Bulletin y hasta llegó a tener una consultoría —Soteria Associates— que brindaba asesoramiento en investigación, medicina forense y salud mental (Redler, 2004). No parece que sus posiciones estuvieran próximas a la contracultura ni a la antipsiquiatría, aun cuando podamos establecer conexiones y puntos en común.

Mosher recibe influencias de Herbert Sullivan (1962) y su teoría de las relaciones interpersonales, de la teoría del doble vínculo (Bateson et al., 1956), y de otros autores que afirmaban que es posible evolucionar desde la psicosis (Menninger, 1959; Laing, 1967). También del sociólogo Erwing Goffman (1961), quien le proporcionó claves para reflexionar y oponerse al "autoritarismo, la ceremonia de la degradación, la inducción y perpetuación de la impotencia, la dependencia innecesaria, la práctica de etiquetar personas y el dar prioridad a las necesidades de la institución por encima de las necesidades de las personas a quienes debe prestar servicios" (Mosher, 1999: 143). De hecho, esas "necesidades de la institución" son las que —asegura Mosher— "interrumpían mis esfuerzos por ayudar a mis pacientes", de modo que a partir de los referentes teóricos señalados y de su propia experiencia empezó a creer que "los hospitales psiquiátricos por lo general no eran lugares muy favorables para un paciente mental" (Mosher, 1999: 144).

Mosher, que había conocido y colaborado con Laing, encuentra la alternativa al hospital psiquiátrico en el modelo de Kinsgsley Hall. En sus propia palabras: "La deconstrucción de la locura y de la casa

de locos [realizada en Kinsgsley Hall] generó ideas sobre la forma en que un entorno generado en la comunidad, en el que se brindara apoyo, protección y normalidad, podría facilitar la reintegración de personas psicológicamente desintegradas, sin las interrupciones artificiales del proceso que tiene lugar en una institución [psiquiátrica]" (Mosher, 1999).

No se trata aquí de analizar en profundidad el diseño y los contenidos de la investigación realizada por Mosher y sus colaboradores, pero merece la pena reseñar, de manera breve, que se formaron dos grupos: uno compuesto por las personas que vivían en la casa Soteria (grupo experimental) y otro integrado por pacientes sometidos a un tratamiento tradicional en una clínica psiquiátrica (grupo control). En definitiva, los resultados del proyecto Soteria venían a demostrar que los tratamientos alternativos presentaban mejorías clínicas comparables a las de las pacientes tratados en hospitales, a un coste considerablemente más bajo (Mosher et al., 1975). En cuanto a la reintegración en su entorno social, los habitantes de la casa Soteria mostraban una reacción más favorable en comparación con los usuarios del grupo control a los que, sin excepción, se les había administrado neurolépticos, pues al cabo de dos años el consumo de psicofármacos en el grupo Soteria era muy escaso (Mosher y Menn, 1978). Con posterioridad, Bola y Mosher (2002 y 2003) publicaron algunos trabajos donde se sintetizan los resultados del proyecto.

Pero además de las novedades específicas que el proyecto Soteria aportó a la reflexión sobre el tratamiento de las pacientes diagnosticadas de esquizofrenia, nos interesa aquí señalar algunas características de su funcionamiento; por ejemplo, el importante papel desempeñado por las no profesionales en el apoyo y acompañamiento de las pacientes. Se argumentaba, en este sentido, que estas personas no estaban "contaminadas" por la ideología psiquiátrica y que, por ello, tendían a actuar en forma más libre y espontánea, y eran capaces de comprender las vivencias y acciones propias de una crisis o reacción psicótica, así como de propiciar un ambiente de tranquilidad sin hostigar, exigir o molestar (Mosher et al., 1973). A diferencia del modelo médico de enfermedad, las experiencias llamadas "psicóticas" eran consideradas como "extremos de características humanas fundamentales y, si venía al

caso, como expresión potencial de una crisis de vida. De hecho, la función de los acompañantes no era tratar o curar a los afectados, sino "estar ahí para ellos" (Lehmann, 2013: 140).

La casa Soteria fue replicada en otro proyecto similar denominado Emanon (no name al revés: 'sin nombre') que funcionó entre 1974 y 1980. Debemos nombrar también la relación de Soteria con otras iniciativas, como Crossing Place y McAuliffe House, versiones modificadas del proyecto original que permitieron trabajos comparativos (Mosher et al., 1986).

La visión que Mosher tenía de las psicosis y su propuesta terapéutica acabó chocando con el nuevo establishment psiquiátrico estadounidense que se fue consolidando en el marco del giro hacia una medicina mental cada vez más organicista y biofarmacológica. En 1980 fue despedido de su puesto en el Instituto Nacional de Salud Mental, y en 1983 perdió las subvenciones que hacían viable Soteria, lo que motivó su cierre. Al no tener un centro de tratamiento activo, Soteria desapareció de la conciencia de la psiquiatría estadounidense. Su mensaje era difícil de reconocer, asimilar y utilizar, pues no concordaba con la naturaleza científica, descriptiva y bioquímica de la psiquiatría estadounidense y, de hecho, cuestionaba prácticamente todos sus principios. En 1998, cuando terminaba la famosa "década del cerebro", Mosher pidió la baja como socio de la American Psychiatric Association (APA). En una carta muy crítica dirigida al entonces presidente de la APA, afirmaba con ironía:

Después de casi tres décadas como miembro es con una mezcla de placer y decepción que presento esta carta de renuncia a la American Psychiatric Association. La razón principal de esta acción es mi creencia de que en realidad estoy renunciando a la American Psychopharmacological Association. Afortunadamente, la verdadera identidad de la organización no requiere ningún cambio en el acrónimo (Mosher, 1998).

Sin embargo, el legado de Soteria se mantiene en la actualidad en

dos niveles que merecen destacarse. Por un lado, la réplica europea de Soteria por parte de Luc Ciompi, profesor de psiquiatría en la Universidad de Berna y fundador en 1984 de la Comunidad Terapéutica Soteria Berna. En un principio, el propio Mosher (1999) saludó con entusiasmo esta iniciativa, al indicar que los trabajos de Ciompi (1994, 1997a y 1997b) mostraban que las dos terceras partes de las personas con diagnóstico reciente de esquizofrenia que eran atendidas en Soteria Berna se recuperaban, con un tratamiento en el que o no se utilizaba psicofármacos o su empleo era mínimo, en un periodo de dos a doce semanas. Sin embargo, Soteria Berna no puede considerarse una réplica exacta del proyecto original. Al menos tres diferencias importantes pueden ser constatadas: 1) Soteria Berna estuvo vinculada desde sus comienzos al Departamento de Psiquiatría Social de la Universidad de Berna, lo que obligaba a que buena parte de su personal estuviese compuesto por profesionales (sobre todo enfermeras), perdiéndose así una de las señas de identidad del Soteria original que, como hemos visto, otorgaba un protagonismo muy especial a acompañantes no profesionales; 2) en la experiencia suiza, la fenomenología existencial no constituía el eje de la psicoterapia; y 3) todos las pacientes de Soteria Berna recibían una medicación con neurolépticos a dosis bajas durante el tiempo de adaptación (Ciompi et al., 1992). Estas diferencias acercaban a Soteria Berna más a la tendencia general que al proyecto original (Mosher, 2006: 431).

Por otro lado, el proyecto Soteria está siendo en los últimos años reivindicado desde el movimiento de expacientes y supervivientes de la psiquiatría como una muy notable alternativa a la hospitalización psiquiátrica. Así lo ha expresado, por ejemplo, Peter Lehmann, director de la Red Europea de Ex-usuarios y Supervivientes de Psiquiatría a finales de los años noventa (Lehmann, 2013), así como coeditor del libro Alternatives Beyond Psychiatry, en el que se publica un capítulo dedicado a Soteria (Aderhold, Stastny y Lehmann, 2007).

Ahora bien, salvo en el caso de Villa 21 —ubicada en un hospital estatal—, que admitía a pacientes sin ningún privilegio de clase, el resto de las comunidades terapéuticas funcionaron, en general, al margen del sistema sanitario público, su funcionamiento fue demasiado “cerrado” y, en el fondo, no pasaron de ser interesantes

experimentos que no tuvieron trascendencia en el modelo asistencial. El propio Cooper terminó criticándolas al afirmar que "no se puede fracturar una realidad macropolítica de opresión y represión con microgrupos introspectivos de niños privilegiados de la burguesía" (Cooper, 1980: 133-134) y, fiel a su talante revolucionario, ponía en duda el sentido de unas "islas felices en un mundo donde todo sigue funcionando igual. De esta manera la institución no está siendo atacada. La locura está siendo recuperada, encapsulada en el sistema y pierde su función subversiva". Con todo, pese a sus limitaciones, la antipsiquiatría británica supuso un revulsivo muy potente con el que entender e interpretar la locura, poniendo en evidencia que era posible abordarla desde presupuestos no coercitivos.

Aun así, la repercusión de la crítica psiquiátrica de los años sesenta en relación con la reforma asistencial fue mucho más intensa en otros contextos, como el italiano, en el que se dieron unas condiciones de posibilidad que hicieron factible negar la institución.

La institución negada

En 1961, cuando Cooper preparaba el proyecto de Villa 21 y se publicaban libros tan emblemáticos como la Historia de la locura de Foucault, El mito de la enfermedad mental de Thomas Szasz o los Asilos de Goffman, Franco Basaglia llegaba a Gorizia, un pequeño municipio del noreste italiano en la frontera con Yugoslavia (la actual Eslovenia) y se hacía cargo de la dirección del manicomio. Según John Foot (2014), uno de sus más recientes biógrafos, a Basaglia se le habían cerrado las puertas de la universidad y aceptó un destino poco prometedor que implicaba un aislamiento político y geográfico en un sector asistencial nada prioritario como el psiquiátrico. Sin embargo, en lugar de repetir las dinámicas de sus predecesores, inició un proceso de reforma institucional que fue el origen de un movimiento crítico y transformador sin precedentes.

Existe una muy amplia bibliografía sobre Basaglia y su labor en la reforma de la asistencia psiquiátrica italiana. Unas veces santificado

y otras demonizado, la figura y la obra de Franco Basaglia supone un hito indiscutible en la historia de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX. Por nuestra parte, nos limitaremos a mostrar los rasgos más definitorios de su propuesta, con el fin de valorar sus posibles continuidades con otro tipo de alternativas.

Basaglia se percató de que el sistema asilar estaba en "bancarrota moral" y que parte de la conducta excéntrica o perturbadora de las personas confinadas estaba generada o exacerbada por la propia institución. Las primeras medidas tuvieron que ver con la mejora de las condiciones de vida de la población manicomial, con apertura de salas, destrucción de muros y cercas, y el abandono del electrochoque y de las prácticas coercitivas. Se formó un equipo de profesionales con ideas afines a las de Basaglia y se acometieron cambios cada vez más radicales: a partir de 1965 se celebraron reuniones generales que involucraban a la totalidad de las pacientes, que tenían consecuencias en el funcionamiento del hospital y que se convirtieron en la parte más pública y espectacular del experimento de Gorizia (Foot, 2014).

Si bien en un principio Basaglia no tenía un plan claro, solo el deseo de cambiar las cosas, muy pronto se fue dotando de un marco teórico que le permitió ir incorporando novedades a lo largo de la década. Como cabría esperar, Foucault y Goffman fueron para Basaglia lecturas importantes y obligadas. El concepto de "institución total", propuesto por Goffman como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, [1961] 2001: 13), se convirtió en una categoría de análisis clave en los textos basaglianos (Basaglia, 1967). Está presente en dos de sus libros colectivos más emblemáticos: Che cos'è la psichiatria? (Basaglia [ed.], 1967) y L'istituzione negate (Basaglia [ed.], 1968), sin contar con que fue Franca Ongaro (la mujer de Basaglia) la traductora del libro de Goffman (1968), que contó con un prefacio firmado por Franco y Franca Basaglia. La consideración de que las personas internadas en la institución asilar habían sido reducidas a "no personas", a "hombres huecos", no le impidió marcar el acento en el análisis social del sistema manicomial y entender a las pacientes como

“excluidas” y como “mayoría desviada” que había sido recluida en contra de su voluntad y desarticulada del sistema, lo que implicaba también un componente de clase que asimilaba la locura de los pobres como la más oprimida y reprimida (Foot, 2014). Razonamientos que enlazan con la obra de Frantz Fanon, y de manera particular Les Damnés de la Terre (1961), que supone una aportación indispensable a la psicopatología de la colonización (y por extensión de la opresión) (Bulhan, 1985).

La noción de “institución total” permitía también asimilar cárcel con manicomio, dos espacios cerrados en los que aislar a personas consideradas peligrosas (Goffman, [1961] 2001: 18), pero Basaglia, militante antifascista y lector de Primo Levi, lleva la comparación hacia los campos de concentración. Tras la tibia recepción de Se questo é un uomo (Levi, 1958), los Basaglia destacan la importancia de la obra de Levi, permitiendo a esta “emerger de su caparazón como testigo y guardián de la memoria” (Bucciantini, 2011: 69) y lograr con su discurso una “profunda resonancia social” (Mieli, 2015: 228). Reconocen en la obra de Levi experiencias que les permiten comparar los campos de concentración con las instituciones psiquiátricas y, sobre todo, teorizar sobre elementos cruciales en el proceso de deshumanización propio de todos los entornos de segregación (Basaglia y Basaglia, 1966).

Otra influencia innegable, procedente de las ciencias humanas, es la que Basaglia recibe de Foucault. Su Histoire de la folie se había convertido, a finales de los años sesenta en un “texto sagrado” (Babini, 2009: 245), pero el médico italiano, tal como apunta Agostino Pirella (1998), se había interesado también por algunos trabajos previos, como la introducción a la edición francesa de la obra de Binswanger, La rêve et l’existence (Foucault, 1954). El interés por el enfoque fenomenológico-existencialista del autor alemán se amplía hacia el existencialismo filosófico de Sartre, lo que le acerca a los antipsiquiatras británicos.

Las relaciones e influencias entre Goffman y Basaglia (D’Alessandro, 2008) y entre Foucault y Basaglia (Di Vitorio, 1999) son relativamente conocidas, pero lo que me interesa destacar aquí es que las ideas del italiano siempre estuvieron centradas en las prácticas de cambio institucional y que estas, lejos de ser

consideradas una labor meramente técnica, estaban basadas en fundamentaciones teóricas intensamente trabajadas. Además, Franco y Franca Basaglia encuentran interlocutores en las psiquiatras más críticas e innovadoras de otros países y se interesan por sus experiencias y propuestas. En 1963 visitan la comunidad terapéutica de Maxwell Jones en Dinglenton (Escocia) (Forgaes, 2014: 210); se muestran fascinados con las iniciativas, ya comentadas, de Laing en Kingsley Hall y de Cooper en Villa 21 (Foot, 2015) y estudian el trabajo del psiquiatra marxista Lucien Bonnafé en el marco de la llamada psicoterapia institucional francesa.

Con todo este bagaje, y tras un breve periodo en el asilo de Colorno (Parma) y seis meses trabajando en el Hospital Psiquiátrico de Brooklin, Basaglia llegó a Trieste en 1971. Si Gorizia fue el punto de partida en 1961, diez años más tarde la difusión del movimiento antipsiquiátrico, la mayor sensibilización de la opinión pública y una mayor madurez del pensamiento crítico en psiquiatría favorecieron un planteamiento más radical: el cierre del manicomio. La meta ya no era la comunidad terapéutica, sino su superación con el desmantelamiento del hospital psiquiátrico. Como afirmaba el propio Basaglia en 1975:

La experiencia de Gorizia debía ser físicamente eliminada, porque su finalidad no era proponerse como un nuevo modelo técnico, como lo pudo ser en Inglaterra la comunidad terapéutica de Maxwell Jones o en Francia el XIII Sector, vitrinas psiquiátricas en las cuales se expone un modelo técnico dispuesto para el consumo. Gorizia, partiendo de la psiquiatría y del manicomio como situaciones significativas, proponía una problemática política y social que no quería limitarse a la transformación humanitaria del hospital, sino que llevándola a cabo, consideraba esta una ocasión para poner prácticamente en discusión la finalidad y modalidades de la existencia del manicomio en relación con nuestra estructura social. En el momento en el que las contradicciones no podían ser llevadas al exterior, en la sociedad más amplia, las dimisiones del equipo médico —prisionero en la isla comunitaria que habían construido— eran un modo de relanzar y reproponer el problema

de la asistencia psiquiátrica en un plano ulterior de explicitación y de lucha (Basaglia y Basaglia, 1975: 37-38).

El texto precedente nos da pie a varias reflexiones importantes. En primer lugar, la primacía de las soluciones políticas frente a las meramente técnicas. Negar la institución suponía no solo considerar la terapia manicomial como un acto de violencia y nula eficacia, refutando el internamiento como práctica; implicaba también rechazar la connotación exclusivamente médico-psiquiátrica de la "enferma" mental o su carácter de irrecuperable. Pero, sobre todo, propugnaba la politización de la locura, considerando esta como un problema social tanto en su génesis como en sus consecuencias. Si se aceptaba que "bajo toda enfermedad o trastorno psíquico hay un problema social", resultaba evidente que la cuestión de la locura no afectaba solo a la psiquiatría o a la medicina, sino a la sociedad en su conjunto.

Las soluciones, insisto, debían ser políticas y no técnicas. El Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, en Trieste, es el primer manicomio del mundo que se cierra por razones políticas. Trieste aparece como un lugar emblemático de transformación de la atención psiquiátrica, pero también de movilización y lucha política. Acciones y estrategias que traspasaron los muros de la institución y que buscaron alianzas con otros agentes sociales: periodistas, fotógrafos (Foot, 2015), políticos, artistas plásticos, músicos o cineastas, como Marco Bellocchio y su célebre film Locos de desatar rodado en Colorno, Parma (Agosti et al., 1978). Trieste se convierte en una caja de resonancia "antipsiquiátrica" que atrae a numerosos profesionales y militantes. A modo de ejemplo, algunos activistas del Colectivo Socialista de Pacientes (Sozialistisches Patientenkollektiv, SPK) procedentes de Heidelberg (Alemania) acudieron a colaborar en el proyecto de Trieste (SPK, 1993), que fue también un lugar de referencia y de paso obligado para no pocos profesionales que buscaban con ahínco alternativas a la asistencia psiquiátrica tradicional (Polo, 2016).

Como es sabido, con la promulgación en 1978 de la Ley 180 —la llamada ley Basaglia— se inicia el proceso del cierre de los asilos italianos, a la vez que se prevén herramientas para fortalecer

actividades comunitarias, y toda una infraestructura de atención psiquiátrica con un servicio de Diagnóstico y Tratamiento en el Hospital General para atender urgencias y brindar apoyo y orientar la demanda a los centros de salud mental del territorio (Foot, 2015).

A pesar de todo lo hasta aquí expuesto, y sin desmerecer la importancia de la figura de Basaglia en todo este proceso, conviene matizar nuestro relato intentando que no sea demasiado "basagliocéntrico". Como hemos visto, el grupo inicial de Gorizia se propuso "relanzar y reproponer el problema de la asistencia psiquiátrica". Algunos de sus componentes pasaron a dirigir otras instituciones: Pirella en Arezzo, Slavich en Ferrara, el propio Basaglia en Parma, primero, y en Trieste. Mención especial merece la experiencia encabezada por Giovanni Jervis en la provincia de Reggio Emilia, con colaboradores tan importantes como Giorgio Antonucci, director del Centro de Higiene Mental de Castelnuovo nei Monti entre 1970 y 1972 (Romano, 2001: 65) antes de hacerse cargo del desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos de Osservanza y Luigi Lolli (ambos en Imola, próximo a Bolonia) (Capararo, 2005: 74). Cabe señalar que este último autor realizó aportaciones muy radicales al pensamiento antipsiquiátrico, como el llamado "enfoque no psiquiátrico del sufrimiento psíquico" que puede resumirse en los siguientes puntos: 1) nunca tratar en contra de la voluntad de la paciente; 2) sustituir la ética de la coerción por la ética del diálogo; 3) negar el diagnóstico, al considerarlo un prejuicio psiquiátrico que etiqueta y estigmatiza, impidiendo el trabajo psicológico; 4) negar el tratamiento farmacológico y a las terapias biológicas; y 5) criticar las instituciones no es suficiente si no se cuestiona el pensamiento y el modelo de sociedad que las crea (Antonucci, 1986).

Se trata, pues, de un amplio movimiento que, además, va a tener una gran repercusión social y una amplia resonancia internacional. Trieste fue la sede, en septiembre de 1977, de la tercera reunión del Réseau Internacional de Alternativa a la Psiquiatría, que había sido fundado en Bruselas en 1975. Allí se dieron cita, entre otros, Robert Castel, Felix Guattari, Mony Elkaïm, además de los anfitriones italianos, Basaglia y Jervis entre otros, bajo el lema "El circuito del control. Del manicomio a la descentralización psiquiátrica" (Elkaïn,

1977).

En la reunión fundacional (Bruselas, 1975), se asimilaba con toda claridad psiquiatría alternativa y lucha política:

Las luchas concernientes a la salud mental deben insertarse en el conjunto de las luchas de los trabajadores por la defensa de la salud y en forma coordinada con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por la transformación de la sociedad. No se trata para nosotros de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que debemos luchar como tales. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino solo de una psiquiatría opresora.

Dos años más tarde, en esta misma línea, el pleno de las jornadas aprobó un texto-manifiesto que culminaba, como nos recuerda Polo (2016: 194), en un llamamiento al compromiso de los trabajadores de la salud mental, en cuya tarea:

Deben cuestionar en forma permanente el saber y las técnicas de toda naturaleza que, en este campo [el de la psiquiatría], asumen inmediatamente un carácter opresivo, para crear nuevas formas de encarar los problemas que permitan a las personas que los sufren tomarlos en sus propias manos, tanto a escala individual como colectiva.

Sin tratar de ocupar el lugar de quienes son víctimas de la opresión psiquiátrica, sin pretender interpretar o dirigir sus luchas, deben contribuir para que estas luchas puedan inscribirse en las contradicciones políticas y sociales, tales como se manifiestan en las diferentes situaciones concretas.

Sus luchas deben tornarse inseparables no solo de las luchas de los movimientos políticos y sindicales organizados, sino

también de los movimientos de emancipación de las mujeres, de los jóvenes y de los movimientos de emancipación de las minorías oprimidas (Elkaïn, 1979: 85-86).

Aunque se aboga, como acabamos de ver, por incluir las luchas psiquiátricas en movimientos sociales más amplios, no podemos dejar de mencionar el movimiento surgido en 1973 con el nombre de "psiquiatría democrática". Impulsado primero por Gianfranco Minguzzi y después por Agostino Pirella, este colectivo (interdisciplinar y transversal) consiguió trasladar a todos los manicomios del país un espíritu renovador, elaborando informes y siguiendo de cerca las múltiples experiencias trasformadoras que, según hemos visto, iban produciéndose. De acuerdo con Manuel González Chávez:

Psiquiatría Democrática es probablemente el movimiento colectivo más importante que se ha producido en el campo de la psiquiatría desde la aparición del psicoanálisis. Se trata de una organización italiana de trabajadores de la salud mental de todas las categorías, abierta a líderes políticos y sindicales y a toda clase de ciudadanos comprometidos en tareas concretas de transformación psiquiátrica (González Chávez 1978: 125).

Es la época del llamado compromiso histórico (Berlinguer, 1977), con gobiernos demócrata-cristianos, pero con una presencia muy importante de la izquierda (PCI y PSI) en las administraciones provinciales y locales, lo que facilitó, sin duda, el apoyo político a las reformas.

Llegados a este punto, creo que las diferencias entre la antipsiquiatría británica y la experiencia italiana resultan obvias. Por un lado, las comunidades terapéuticas de Laing y Cooper fueron demasiado cerradas; siendo experimentos contraculturales de interés, no llegaron a ejercer influencia alguna en el modelo asistencial público —el prestigioso National Health Service— y se

desarrollaron al margen de este.

En contrapartida, tras la primera experiencia de Gorizia, el movimiento italiano huyó, como hemos visto, de las "vitrinas psiquiátricas" o de las "jaulas de oro", inspiradas en las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones (Foot, 2014: 241), para optar por un modelo más abierto que sí tuvo gran influencia en la psiquiatría pública hasta el punto de inspirar la famosa Ley 180 que, con sus logros y sus limitaciones, constituye un acontecimiento histórico innegable sobre el que se sigue reflexionando en la actualidad (Altamura, 2009; Altamura y Goodwin, 2010; Becker y Fangereau, 2017).

Por otro lado, aunque en ambos modelos hay un respeto humanitario hacia las personas con sufrimiento psíquico, favoreciendo la libertad de comunicación y evitando las relaciones jerárquicas, en las experiencias italianas la implicación del personal de plantilla, no solo de los facultativos, es mucho mayor. Finalmente, aunque es preciso reconocer la importancia de figuras carismáticas en ambos procesos, Laing y Cooper aparecen con frecuencia como "gurús" que, con gran capacidad teórica, marcan las pautas en sus comunidades; en Italia, sin desmerecer a Basaglia, resulta obligado identificar un gran movimiento social, con amplia participación y apoyo ciudadano y político, que cristalizó en numerosas acciones trasformadoras en todo el país. Pero hay algo más: Basaglia, como Jervis, Pirella, y el largo etcétera de profesionales italianos que participaron en el proceso pueden ser considerados intelectuales orgánicos, en el sentido gramsciano del término (Gramsci, 1967), con un claro compromiso de clase y de transformación social. La influencia del pensamiento de Gramsci en el de Basaglia y, en general, en la reforma psiquiátrica italiana no ha pasado desapercibida (Mollica, 1985).

Un último apunte sobre la relación entre el núcleo británico y el italiano tiene que ver con el intercambio de producción de conocimiento y de prácticas de unos y otros. Mientras, como hemos visto, en Gorizia, Trieste y otros manicomios italianos, las obras de Goffman, Laing o Cooper eran de lectura obligada, ni siquiera L'istituzione negata, el texto más emblemático del movimiento italiano —ni ningún otro—, fue traducido al inglés (Foot, 2014:

243). Esta circunstancia impidió su difusión en el ámbito sajón, al contrario de lo que ocurrió en otros lugares como Francia, Alemania o España. Aun así, las críticas procedentes de aquel ámbito no se hicieron esperar. Críticas que achacaban a Basaglia y sus colegas su condición de "marxistas", lamentaban la excesiva carga ideológica de las reformas y reprobaban la Ley 180 (Roth y Kroll, 1986: 23-24). Otros autores, como Jones y Poletti (1984 y 1985), se mostraron también muy críticos con el cierre de las instituciones, si bien en seguida reconsideraron en parte su postura (Jones y Poletti, 1986). En cualquier caso, este tipo de publicaciones, contrarias a los planteamientos de la reforma italiana, tuvieron gran difusión en la década de los ochenta, lo que, junto con la imposibilidad de disponer de traducciones inglesas de las obras de los autores italianos, dificultó mucho su inmediata difusión y aceptación en el ámbito cultural anglosajón.

Para concluir este apartado, insistiremos en que L'istituzione negata representa una alternativa de reforma asistencial dentro del posibilísimo político de la coyuntura italiana —inscrito en el juego de los partidos políticos y de los sindicatos—. Este escenario permitió conseguir la modificación legislativa, la Ley 180 italiana, que supone uno de los momentos culminantes del proceso de desinstitucionalización al suprimir normativamente los manicomios, verdadera condición de posibilidad de toda reforma psiquiátrica. No es en la radicalidad de la denuncia, sino en su ámbito de actuación, donde podemos encontrar la diferencia entre la antipsiquiatría inglesa y la reforma italiana (Desviat, 2005: 4).

Dicho de otra forma, el movimiento antiinstitucional italiano cerró los manicomios pero su intención nunca fue abolir la atención psiquiátrica. Negar la institución implicaba buscar otras maneras de actuar, otros modelos de intervención que introdujeron novedades técnicas y éticas de gran calibre. Pero, sobre todo, se demostró que una psiquiatría sin manicomios es posible.

En 1979, Basaglia dejó la dirección del manicomio de Trieste y se trasladó a Roma para ocupar el cargo de coordinador regional de los servicios de salud mental del Lacio. Su sucesor fue Franco Rotelli, uno de sus más directos colaboradores, quien estuvo al frente del Departamento de Salud Mental de Trieste hasta 1995, año

en que pasó a coordinar los servicios de salud mental de la provincia. En 2013 fue elegido consejero nacional y presidente de la Comisión de Políticas Sanitarias y Sociales de la región de Friuli Venezia Giulia.

Con Rotelli, la institución negada primero y desmantelada después pasó a ser una institución inventada (Rotelli, 2015a). Desinstitucionalización con inclusión social, esta podría ser la consigna resumida de una nueva forma de atención a las personas con sufrimiento psíquico que requiere de recursos materiales y humanos para desarrollar servicios públicos capaces de abordar su función en un contexto de libertad y dignidad para las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Lo social y lo comunitario se convierten en el marco imprescindible de las reformas, pero también en la construcción de una "ciudad social" (Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994) que trascienda la salud mental para interesar a los vínculos y las relaciones sociales en general y que permita vivir sin manicomios (Rotelli, 2015b).

El proceso iniciado en 1978, con la Ley 180, fue largo y complejo. El cierre gradual de los manicomios duró más de quince años; de manera paralela se irían abriendo centros de salud mental comunitarios (CSM) que habrían de convertirse en el eje de una nueva red asistencial para prevención, tratamiento y rehabilitación. Hay, pues, elementos técnicos y administrativos importantes que tienen que ver con la necesidad, como ya se ha indicado, de transferir recursos del hospital a los servicios comunitarios, etc., pero lo más relevante es la voluntad política para llevar a cabo reformas que implican la devolución de los derechos de ciudadanía arrebatados. Ciudadanas y ciudadanos que viven en la comunidad, con apoyos diferentes según las situaciones personales de cada cual. La experiencia de Trieste ha demostrado, a lo largo de los años, no solo que se pueden cerrar los manicomios, sino que es posible la integración social de la locura. El éxito, durante años, de los programas de inserción laboral a través de los CSM así lo atestigua, pero también el surgimiento de asociaciones de familiares y de usuarios que colaboran activamente con los servicios de atención (Evaristo, 2011).

Pero el afianzamiento del modelo no está exento de dificultades.

Como Pasquale Evaristo (2001) nos explicaba no hace mucho, aunque el estigma de la locura se percibe menos en la ciudad, siguen existiendo prejuicios culturales hacia las personas con un diagnóstico psiquiátrico que no son fáciles de superar. Además, como en otros muchos contextos, las políticas neoliberales dificultan la inversión en sanidad pública y servicios sociales y los sistemas de evaluación de servicios resultan insuficientes. En definitiva, "la cultura de los servicios con respuestas más complejas, creadas en salud mental, corren el riesgo de mudarse otra vez a respuestas tecnificadas o de control de conductas más que de creación de salud" (Evaristo, 2011: 351).

En tiempos de crisis, el mercado laboral se cierra para las personas más vulnerables y la intolerancia social aumenta. En todo caso, y aunque los temores de Pasquale Evaristo parecen justificados, como él mismo indica, citando a Basaglia, "somos minoría; si acaso el proceso de desinstitucionalización se para o vuelve atrás, queda probado que es posible tratar la locura sin manicomios" (Evaristo, 2011: 351).

Todavía en 2014, el Gruppo Ricerca e Recovery, junto con usuarias y trabajadoras de los cuatro de los CSM de Trieste dieron a conocer "La carta della Recovey", en la que se planteaban una serie de actuaciones para el mejor funcionamiento de los servicios que pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) servicios centrados en la persona, orientados a favorecer su subjetividad con respuestas personalizadas; 2) capacidad para afrontar las crisis en aquellos momentos en los que la persona no esté segura de hacerlo por sí misma (acogida adecuada, cercanía, escucha, ayuda farmacológica si se considera procedente, acompañamiento hasta la recuperación); 3) formación adecuada del personal (legislación, derechos, habilidades de comunicación y de acogida), incluyendo los conocimientos procedentes de la experiencia directa de las personas que han vivido una crisis psíquica; 4) programas de inserción laboral e inclusión social; 5) lucha contra el estigma y el prejuicio; 6) estimular la creación de redes de "personas significativas" en torno a la paciente para favorecer la reconstrucción de los vínculos sociales; 7) propiciar espacios de escucha y de reunión donde prime el diálogo y la comunicación, contando con personas que, habiendo pasado por experiencias similares, pueden actuar de "facilitadores"

al ofrecer su propio conocimiento para ayudar a la recuperación —este "apoyo entre pares" se considera complementario pero no sustitutivo del servicio—; 8) apoyo a la creación de asociaciones de pacientes y de familiares que actúen como interlocutoras para una renovación del lenguaje y de los instrumentos empleados en el campo de la salud mental; 9) comités éticos que identifiquen posibles obstáculos en el proceso de recuperación y que propicien una investigación participativa, crítica e innovadora que ayude a mejorar la comprensión tanto de los problemas que afectan a las personas como del funcionamiento de los servicios.

La enseñanza de Trieste, y las que le siguieron, ha estado presente en mayor o menor medida en posteriores diseños alternativos a la asistencia psiquiátrica tradicional y no cabe duda de que en la actualidad sigue siendo una referencia fundamental para la psiquiatría crítica.

Otras alternativas

Aunque, como ya se ha expresado, el núcleo británico y el italiano son, sin duda, los más conocidos y citados cuando se habla de la antipsiquiatría clásica, o mejor, de las alternativas a la psiquiatría manicomial, con sus tratamientos biológicos, etc., no podemos dejar de citar otros modelos de atención puestos en marcha en épocas similares y que contribuyen a comprender que los cambios sociales que tuvieron lugar en los años sesenta y setenta del siglo XX motivaron novedades en la cultura "psi" que no pueden limitarse a experiencias concretas, sino a unas dinámicas más generales. Otra cosa es el éxito o el alcance que dichas alternativas tuvieron dependiendo del contexto que se considere (Huertas [ed.], 2017).

El ya citado Lucien Bonnafé acuñó en 1960 el término "doctrina post-esquiroliana" para agrupar los principios del importante movimiento alternativo al manicomio que tuvo lugar en Francia tras la Segunda Guerra Mundial (Bonnafé, 1960). El "post-esquirolismo" pretendía superar el manicomio tal como lo definió Esquirol en 1818: "Una casa de alienados es un instrumento de

curación: en manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más eficaz contra las enfermedades mentales" (Esquirol, 1819: 47). Como es de sobra conocido, esta concepción del asilo había hecho crisis desde hacía mucho tiempo: la cronicidad, la falta de voluntad terapéutica, la segregación del loco y la burocratización de las instituciones —determinada por el gran número de pacientes ingresados y por la indiferenciación de los mismos— son algunas de las razones por las que se cuestionan los principios esquirolianos y se aboga por una visión más integral del tratamiento de la locura que no tenga en el manicomio tradicional el eje del dispositivo asistencial (Huertas, 1992: 116).

La doctrina postesquiroliana siguió en la práctica dos caminos diferentes al principio complementarios y más tarde contrapuestos, que constituyen las dos opciones de salud mental más importantes en Francia en el último tercio del siglo XX: la psicoterapia institucional y la política de sector. La "psicoterapia institucional", término propuesto por Daumezon y Koechlin en 1952, pretendía ser "un conjunto de conductas regladas con intención psicoterapéutica que reproducían las condiciones del medio en que vivían los pacientes" (Daumezon y Koechlin, 1952). Una primera época tendría su comienzo durante la ocupación en algunos asilos de la llamada Francia "libre", como el de Saint-Alban, experiencia impulsada por Lucien Bonnafé y Francesc Tosquelles, o el de Fleury-les-Aubrais, dirigido por Daumezon. Se trataba de psiquiatras, marxistas en su ideología y eclécticos en su ejercicio profesional, para los que el hospital psiquiátrico no era un instrumento de curación. Se anticipan el concepto goffmaniano de "institución total", pero siguen convencidos de que una vez corregidos sus defectos, el asilo podría recuperar su función terapéutica. En definitiva, pretenden "en los hospitales actividades donde enfermos y personal colaboren abiertamente en un proyecto útil […]. En la medida en que la curación no puede pasar más que por la restauración de comunicaciones y de relaciones auténticas, se trataría de crear zonas de actividad, lugares de relación aislados del tejido de las instituciones" (Bléandonu, 1976: 247).

En la década de los sesenta, en lo que se puede definir como una segunda etapa de la psicoterapia institucional francesa, se pretendió que los establecimientos psiquiátricos fueran lugar de desarrollo de

colectivos y clubes, entendidos como las estructuras organizativas que dirigen la mayor parte de las actividades de las pacientes. Los clubes eran órganos horizontales cuyo objetivo era contrarrestar la jerarquía vertical del asilo psiquiátrico. Para Jean Oury, uno de los más reconocidos representantes de esta praxis psiquiátrica, las condiciones necesarias para llevarla a cabo serían la libertad de circulación de las pacientes —siempre en el interior del manicomio —, la existencia de lugares estructurados concretos y contratos fácilmente revisables de entrada y salida (Oury, 1976). La influencia del psicoanálisis lacaniano en esta segunda etapa de la psicoterapia institucional es muy evidente. La mítica e influyente experiencia de La Borde (en Cour-Chevey), encabezada por Oury y en la que colaboró Guattari es, sin duda, el más claro ejemplo de esta tendencia de intervención (Oury y Depussé, 2003; Guattari, 2012). En todo caso, La Borde siempre fue un establecimiento privado no estrictamente sectorizado (Castel, 1973), que se aleja de los planteamientos de los italianos. Recuérdese, en este sentido, que en marzo de 1960 se había promulgado la circular ministerial "relativa al programa de organización y equipamiento de los departamentos en materia de lucha contra las enfermedades mentales", con la que se pusieron en marcha las reformas y el cambio de modelo asistencial en el marco de la llamada política de sector en psiquiatría (Huertas, 1992; Desviat, 1994).

En un contexto geográfico y sociocultural muy diferente, resulta ineludible referirnos al modelo denominado "diálogo abierto" (open dialogue) puesto en marcha en Finlandia. En 1969, el psiquiatra y psicoanalista finlandés Yrjö Alanen inició su labor en el Hospital Psiquiátrico de Turku poniendo en marcha un modelo de atención psiquiátrica que se denominó "tratamiento adaptado a las necesidades". Dicho modelo partía del convencimiento de que cada proceso terapéutico es único y debía ser personalizado y adaptado a las necesidades cambiantes de la paciente. De este modo, unas precisarían hospitalización y otras no, unas se beneficiarían de dosis bajas de neurolépticos y otras no, pero lo más importante era la psicoterapia tanto individual como dirigida al grupo familiar. Entrevistas dirigidas no tanto a combatir los síntomas de la paciente, sino a fortalecer el control sobre la propia vida, animándolo a construir una nueva "autonarrativa" (Alanen, 1997). Los buenos resultados obtenidos con este tipo de tratamiento, con el

que se consiguió el alta de muchos pacientes a lo largo de la década de los setenta y ochenta, motivó que Alanen se hiciera cargo del Proyecto Nacional de la Esquizofrenia en Finlandia, que pretendió difundir su "tratamiento adaptado a las necesidades" por todo el país. Sin embargo, como relata Robert Whitaker (2010) en su famosa Anatomy of an Epidemic, los creadores de esta modalidad terapéutica se jubilaron y su propuesta no tuvo continuidad. La psiquiatría finlandesa retornó a una orientación biológica y farmacológica, salvo en algunos lugares en los que los resultados comunicados por Alanen se tomaron en serio, llegándose a desarrollar una variante del "tratamiento adaptado a las necesidades" que, como ya se ha adelantado, se conoce con el nombre de "diálogo abierto".

Un equipo interdisciplinar encabezado por el profesor Jaakko Seikkula desarrolló en el municipio de Tornio (al noreste de Finlandia, Laponia occidental) un sistema que intentaba evitar el internamiento hospitalario y la medicación sistemática, mediante un programa de intervención rápida frente a las crisis, que prima el diálogo en encuentros abiertos, en los que se involucra a la red familiar y social de la paciente (Seikkula y Arnkil, 2006). Se trata, en el fondo, de un acercamiento sistémico a las psicosis, que se entienden como trastornos de las relaciones personales y no como enfermedades cerebrales (Seikkula y Olson, 2003).

En el año 2003 concluyó un estudio de seguimiento de cinco años de duración con pacientes que habían sido atendidas con el enfoque de diálogo abierto. La investigación arrojó unos resultados esperanzadores: tras cinco años, el 80 por ciento de las personas incluidas en el estudio estaban asintomáticas y trabajaban, estudiaban o buscaban trabajo. Solo el 20 por ciento tenían una incapacidad reconocida. Dos tercios de las mismas nunca habían tomado medicación antipsicótica, y solo el 20 por ciento continuaba tomándola al finalizar el seguimiento (Seikkula et al., 2006).

Desde los años ochenta, la aparición de nuevos casos de esquizofrenia en Laponia occidental se ha reducido en un 90 por ciento, porque las personas han dejado de cumplir los criterios de duración de los síntomas necesarios para el diagnóstico. Además, al tratarse de una región pequeña, la mayoría de los habitantes han

participado alguna vez en su vida en algún encuentro de diálogo abierto. Esto ha supuesto un cambio cultural en la manera de entender el sufrimiento psíquico y un cambio en la propia organización social, que ha comprometido a la comunidad en la solución de sus problemas.

Tanto el talante como los resultados del diálogo abierto lo han convertido en una referencia ineludible en cualquier foro que aborde alternativas a la asistencia psiquiátrica. Pero, como bien indican Teresa Abad y Sara Toledano (2016):

Tratar de replicarlo a modo de franquicia es un camino seguro hacia el fracaso. Pensamos que, más que copiar una técnica y trasladarla a un contexto que no le pertenece —el nuestro—, se trataría de aprender qué claves epistemológicas nos ofrece Diálogo Abierto para, a partir de ahí, implicarnos en una reedición del proceso de cambio en las ideas, las prácticas y las estructuras asistenciales, que dé pie a una transformación de nuestra organización social.

No en vano, el diálogo abierto es, en el fondo, una experiencia puntual, muy importante sin duda, pero relegada a una zona geográfica muy concreta, con una escasa superficie y con una baja densidad de población. Además, la diferencia en recursos e infraestructuras asistenciales disponibles, así como en la organización de los servicios, hacen difícil su réplica en otros contextos. Sin embargo, el modelo de diálogo abierto nos advierte sobre el hecho de que “construir en común el significado de las crisis es lo opuesto al aislamiento que supone vivir experiencias emocionales extremas que son difíciles de comunicar” (Abad y Toledano, 2016). El enfoque apunta también hacia un cambio del lugar ocupado por la profesional. Tal como continúan argumentando las autoras citadas, “de algún modo, [diálogo abierto] propone abandonar el rol de experto que conoce qué es lo que ha pasado y qué es lo que hay que hacer, para ocupar un papel en la articulación de redes de personas que pueden comunicarse y cuidarse y que, gracias a eso, mejoran”. Se retoma así la horizontalidad en la relación entre la terapeuta y la persona con

sufrimiento psíquico que, como hemos visto, está presente en otras experiencias alternativas consideradas o no antipsiquiátricas.

Horizontalidad versus jerarquía. Lo que nos remite, una vez más, a la consideración de la psiquiatría como disciplina de poder, no solo en lo que se refiere a la coerción física o al tratamiento involuntario, etc., sino a la propia imposición de las etiquetas diagnósticas. En la práctica psiquiátrica más generalizada, la experta es quien tiene la facultad de poner nombre a lo que ocurre, mientras el resto de versiones y relatos quedan automáticamente silenciados. "El diagnóstico, aquí, se convierte en una herramienta de poder que tiene el efecto de calmar la incertidumbre en un primer momento, pero que obstaculiza la emergencia de otros significados posibles" (Abad y Toledano, 2016). A tenor de estas últimas palabras, cabe señalar que desde su formulación en los años sesenta, la "teoría del etiquetado" (labeling theory), se ha convertido en una categoría de análisis crucial en cualquier estudio sobre sociología de la desviación (Becker, 1963; Goffman, 1968; Lemert, 1972) y que, en el ámbito de la psiquiatría, la etiqueta diagnóstica se ha convertido en un problema importante para cualquier corriente crítica o alternativa en salud mental (Desviat, 2016: 92; Colina, 2013: 119, y 2016; Huertas, 2017).

Para terminar con este apartado se pueden recordar otras propuestas alternativas que pueden ubicarse en el marco de presupuestos más específicamente antipsiquiátricos y que se emparentan directamente con el activismo en salud mental. Las redes de proveedores de servicios basados en la ayuda mutua tienen una larga tradición y se remontan a las propuestas de Judi Chamberlin, activista y superviviente de la psiquiatría, cuya obra (Chamberlin, 1978, 1997 y 1998) tiene una influencia innegable en iniciativas como la de peer-run crisis respite y otros modelos de crisis hostel, o de "refugios", como la Casa de Escape de Berlín (Weglaufhaus); el proyecto Windhorse en Boulder, Colorado; la Associazione Penelope o la Casa de La Cura en Italia; La Cooperativa de la Esperanza en Buenos Aires y un largo etcétera de experiencias, cuyo objetivo es evitar el ingreso psiquiátrico, que se caracterizan por una manera de atención a las crisis desmedicalizada y no coercitiva, en la que las necesidades son definidas por las afectadas y donde el apoyo mutuo de otras que

han pasado por experiencias similares resultan fundamentales (Dumont y Jones, 2002; Ortiz, 2013: 252).

Los grupos de apoyo mutuo, la red de Hearing Voices (Romme y Escher, 1993 y 2000), etc., son ejemplos de cómo las cosas se están moviendo "desde abajo". No insistiré en ello, pues hay un capítulo de este mismo libro dedicado al activismo en salud mental, pero procede traerlo a colación en este momento porque me parece imprescindible que las profesionales del sistema de salud se percaten de que es necesario problematizar la relación (jerarquización) del acto terapéutico e ir hacia fórmulas más horizontales en las que el saber experto se contraste permanentemente con el saber profano. Un conocimiento "profano" que lo es en un doble sentido, porque no es el de las especialistas reconocidas, pero también porque viene a "profanar" —en un sentido casi religioso— la ortodoxia del discurso científico hegemónico de la medicina mental (Correa-Urquiza, 2015).

Antipsiquiatría y psiquiatría crítica

Como comentábamos al comienzo de este ensayo, el término "antipsiquiatría" es confuso y ambiguo, y en un primer momento sirvió para agrupar una serie amplia de teorías y discursos, prácticas y acciones que se salían de la ortodoxia de la psiquiatría académica. A lo largo de las páginas precedentes hemos intentado mostrar algunas de las características fundamentales de ese movimiento que surgió en la década de los sesenta, así como sus diferentes expresiones partiendo de los dos núcleos europeos que se reconocen tradicionalmente como los más emblemáticos: el británico y el italiano. Asimismo, hemos intentado identificar líneas de continuidad más o menos matizadas con otras experiencias posteriores que han mantenido discursos críticos y prácticas alternativas a la psiquiatría hegemónica.

Ahora bien, el término "antipsiquiatría" fue muy pronto resignificado, entre otras cosas porque el prefijo "anti" tenía unas connotaciones negativas, de oposición a la psiquiatría, lo que acabó

implicando posturas abolicionistas. En el III Réseau Internacional de Alternativa a la Psiquiatría celebrado en Trieste en 1977, al que nos hemos referido con anterioridad, un grupo de activistas psiquiatrizados y organizados en torno al colectivo Marge mostró sus discrepancias con los contenidos del congreso y, en plena sintonía con las propuestas de Thomas Szasz, al que más tarde nos referiremos, mostraron su profunda desconfianza ante cualquier intervención médica sobre la locura, considerando que las reformas basaglianas suponían un retorno a la psiquiatría con apariencia progresista que ocultaba una reivindicación prioritaria para dicho grupo: "No queremos una psiquiatría de izquierdas o avanzada, sino el fin de la psiquiatría, de su orden, de su discurso, de su ciencia, de su saber, de su práctica y de su control" (Marge, 1980: 225).

Como ya hemos apuntado, la mayoría de las psiquiatras consideradas antipsiquiatras terminaron rechazando tal denominación desde épocas muy tempranas. El propio Basaglia, en una entrevista concedida en 1971, afirmaba:

Rechazo de manera categórica la calificación de antipsiquiatra. No me interesa este esquema. Yo soy un psiquiatra porque soy consciente de mis deberes; de no ser así, debería cambiar de profesión. Si sigo ejerciendo en el sector público, o sea, en la esfera estatal, es porque acepto mi status de psiquiatra, status que nada tiene que ver con el conformismo del intelectual integrado, del intelectual y del técnico que obran con el consentimiento del poder público y de la organización social, y que actúan falsamente desde un punto de vista democrático (Della Rocca, 1973: 10).

Poco a poco se fue abandonando el término, que siguió siendo usado por sus detractoras. Pero no solo se renunció al vocablo, también cambiaron las condiciones objetivas para el desarrollo de la antipsiquiatría. Si el movimiento antipsiquiátrico surgió como hemos visto en los años sesenta y setenta del siglo XX, tiempos de cambio social, de contracultura y de movilizaciones, la década de los ochenta coincidió con la llegada al poder de una serie de gobiernos conservadores que, tanto en Europa como en América,

marcaron el inicio de una etapa política y económica en las que las exigencias del individualismo y del mercado libre primaron sobre consideraciones sociales o necesidades colectivas. La crisis del Estado de bienestar, con el fin de la políticas keynesianas, trajo consigo la puesta en marcha de una ofensiva neoliberal —en lo político, en lo económico, pero también en lo cultural— que no es sino la expresión de la reacción ideológica que frente a las crisis sociales y económicas de los años setenta protagonizó la llamada Nueva Derecha.

Malos tiempos para la lírica y para la contestación social. El pensamiento único y el fin de la historia, entendida como el triunfo de la democracia liberal sobre las ideologías (Fukuyama, 1992), marca el camino en prácticamente todos los órdenes de la vida, también en el sanitario (Huertas, 1998). En el ámbito psiquiátrico, cabe señalar, además, un viraje importante hacia enfoques fuertemente medicalizados. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), utilizado con frecuencia como guía diagnóstica en todo el mundo, fue cambiando desde una orientación más dinámica en sus primeras versiones, DSM-I (1952) y DSM-II (1968), a expresiones cada vez más organicistas y medicalizadas, DSM-III (1980), DSM-IIIR (1987), DSM-IV (1994), DSM-IVTR (2000) y DSM-5 (2013) (Martínez-Herráez, 2000; Hacking, 2013; Caponi, 2014). Una evolución que coincide con el auge de las neurociencias, que llevan a definir los años noventa como “la década del cerebro” y, sobre todo, con la aparición de nuevos psicofármacos que inundan el mercado. Los intereses de la industria farmacéutica modulan el propio conocimiento psiquiátrico, hasta el punto de producirse una psiquiatrización de la vida cotidiana, con la aparición de nuevas categorías diagnósticas y con una ampliación considerable de las personas que caen bajo la jurisdicción de la medicina mental, llegando a alcanzar proporciones epidémicas (Whitaker, 2010).

Según hemos visto, la antipsiquiatría clásica centró sus esfuerzos en personas con trastornos psíquicos agravados por el encierro y por la propia intervención psiquiátrica. Incluso las experiencias posteriores a las que nos hemos referido (Soteria o diálogo abierto) tienen como objetivo principal intervenir sobre pacientes con brotes psicóticos graves y reconocibles. En la actualidad, el problema se

amplía a personas que han tenido dificultades subjetivas temporales y que han sido convertidas en pacientes psiquiátricas, diagnosticadas y tratadas como tales.

No cabe duda de que ante estas novedades las reacciones críticas a la psiquiatría han ido modulándose y matizándose. El problema de los derechos humanos ha estado siempre presente en cualquier discurso crítico, pero en la actualidad la psiquiatría no solo es cuestionada en virtud de su práctica hegemónica, cuyos casos más violentos siempre podrían ser disculpados por tratarse de "abusos ocasionales", lo que no deja de ser una falacia, pues el tratamiento involuntario o la contención mecánica son objeto de debates intensos. Los nuevos movimientos antipsiquiátricos dan un paso más y se atreven a objetar el saber psiquiátrico mismo, en su corriente principal, arremetiendo contra lo que es la esencia de esta nueva fase de la psiquiatría de siempre: la medicalización (Pérez Soto, 2012: 25).

La crítica a la medicalización como instrumento de poder tiene una tradición suficientemente conocida (Foucault, 1963; Illich, 1976; McKeown, 1979). Sin embargo, en la actualidad, las críticas ya no se detienen en las relaciones entre saber y poder médico (o psiquiátrico) en las instituciones, sino que se amplían hacia una crítica más general. Esta nueva antipsiquiatría niega la existencia de "enfermedades" y propugna la abolición de la psiquiatría.

Es muy interesante la recuperación de la figura y la obra de Thomas Szasz, en la articulación de los nuevos discursos antipsiquiátricos. Aunque crítico con el movimiento antipsiquiátrico europeo (Szasz, 1976), su libro The Myth of Mental Illness (1961) se ha mantenido a lo largo de los años como un referente ineludible de la antipsiquiatría. En la actualidad parece haber un resurgir de su pensamiento. Para el chileno Carlos Pérez Soto (2012: 26) las tesis de Szasz son "ahora incluso más aplicables que cuando fueron publicadas […] hoy más que nunca es posible sostener que la idea de enfermedad mental, en la enorme mayoría de los casos diagnosticados, es simplemente un mito". Por su parte, la canadiense Bonnie Burstow, citada al comienzo de este ensayo, una de las lideresas de la nueva antipsiquiatría, referente de los llamados mad studies, y redactora destacada de Mad in America[5],

reconoce su deuda con Thomas Szasz. Sin embargo, la figura de este autor resulta enormemente contradictoria aun cuando, como acabamos de ver, ciertos pensadores y activistas de izquierdas se sientan fascinados por su obra.

Szasz fue profesor de Psiquiatría en la Universidad de Siracusa y ejerció como psicoterapeuta privado, pero tuvo muy escasa experiencia en el ámbito de las psicosis (Wyatt, 2004: 82). Sus argumentos para discutir la naturaleza patológica (médica) de la locura podrían ser asumidos sin dificultad por cualquier corriente crítica con la medicalización de la locura. Szazs distingue entre enfermedades cerebrales, con una causa corporal demostrada, sea traumática, infecciosa o genética, que pueden tener síntomas psíquicos, y los comportamientos, sensaciones, cosmovisiones, etc., inusuales por parte de algunas personas que son catalogadas de síntomas de enfermedad mental sin que, sin embargo, exista una causa fisiológica demostrada. Cuando estos comportamientos, sensaciones o cosmovisiones producen sufrimiento los denomina "problemas vitales", no "enfermedad". Es decir, problemas en relación con el guión vital de la persona en su interacción con los microsistemas en que se ve inmersa (familia, escuela, trabajo, red social que la envuelve, etc.), y con el macrosistema en el que vive: sociedad, cultura… siempre cambiantes e históricamente condicionados (Szasz, 1961). La crítica de Szasz se extiende hacia el convencimiento de que las enfermedades mentales son "fabricadas" por las psiquiatras (Szasz, 1970) y a la formulación del concepto de "estado terapéutico" que vendría a ilustrar el modo en que la psiquiatría se utiliza como discurso ideológico autoritario en los países considerados más democráticos (Szasz, 1984).

En 1969 se unió a la Iglesia de la Cienciología para fundar la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos (CCHR), que se ha convertido en una poderosa red internacional dedicada a denunciar las violaciones de los derechos humanos por parte de la psiquiatría. Su actitud sectaria, que busca el desprestigio del conjunto de las profesionales de la salud mental para ofrecer, a través de un entramado logístico de organizaciones, alternativas discutibles —cuando no fraudulentas— mediante cursos de "tecnología espiritual", ha sido denunciada con firmeza (Polo, 2012). Aunque años más tarde Szasz se distanció de esta

organización, merece la pena dejar constancia de las alianzas que, en ocasiones, pueden establecerse en aras de unos objetivos concretos.

Aun así, la gran diferencia de Thomas Szasz con el resto de los autores a los que nos hemos referido (Laing, Cooper, Basaglia, Foucault, etc.) es que sus argumentos parten de posiciones ideológicas y políticas basadas en el liberalismo clásico. El individualismo, la idea de que cada persona tiene jurisdicción sobre su cuerpo y su mente, lo lleva a abogar por el derecho al suicidio o a la separación absoluta entre asistencia y Estado en aras de la libertad individual. La confianza en la autorregulación del mercado y la negación de un Estado protector o interventor marca la ideología de Szasz que cuestiona la dimensión colectiva de los problemas de salud. Me parece que es importante señalar esta cuestión porque, a pesar de que muchos de sus argumentos han supuesto y suponen un revulsivo innegable en el debate antipsiquiátrico, nos obliga a pensar con cautela si las posturas radicalmente abolicionistas (de la psiquiatría, pero no del sistema social capitalista) no terminarían haciendo un flaco servicio a las personas más vulnerables. Personas que no deben ser en ningún caso vulneradas, ni abandonadas, sino empoderadas y apoyadas colectivamente.

Frente al abolicionismo antipsiquiátrico, otras opciones críticas ocupan hoy un lugar fundamental en el panorama que estamos trazando. El concepto de “psiquiatría crítica” (Ortiz, 2013), por ejemplo, se caracteriza por “un enfoque crítico a los modelos dominantes en psiquiatría, pero más que repetir una discusión que puede llegar a ser estéril entre quienes sostienen modelos propsiquiátricos o antipsiquiátricos, invita a considerar enfoques múltiples y diferentes sobre el sufrimiento mental, sus semejanzas y diferencias entre los sujetos de contexto sociales y culturales diversos” (International Critical Psychiatry Network)[6].

La psiquiatría crítica (Ortiz, 2013) o la postpsiquiatría (Bracken y Thomas, 2005; Vispe y Valdecasas, 2018) comparten con las posturas más radicales la necesidad de combatir el estigma, la cosificación y la medicalización de la paciente mental; son críticos con el imperialismo farmacológico (Moncrieff, 2008 y 2013),

coinciden en la crítica de cualquier violencia, incluida la del diagnóstico, y otorgan mucha importancia al apoyo mutuo, a la ayuda por iguales, que implica la participación en el cuidado de una persona en crisis de otras que, habiendo tenido una experiencia similar, son capaces de entenderla y de acompañarla. Sin embargo, aun abogando por un modelo no medicalizado y no coercitivo, no se renuncia a un sistema público y colectivo, equitativo y participativo.

Epílogo: los mad studies

No podemos terminar estas páginas sin aludir, aunque sea brevemente, a uno de los núcleos más recientes de pensamiento antipsiquiátrico que, siguiendo la tradición de los procesos de investigación-acción (Lewin, 1946), pretende aunar trabajo académico con militancia social: los mad studies. El término fue propuesto por Richard A. Ingram, investigador de la Universidad de Ryerson de Toronto en 2008 en una conferencia sobre disability studies (Ingram, 2016).

Los mad studies pueden definirse como un proyecto de investigación, de producción de conocimiento y de activismo político que tiene por objeto el estudio crítico de las formas de estar, pensar, comportarse o relacionarse con el psiquismo. Valora y tiene muy en cuenta las experiencias de las supervivientes de la psiquiatría y se esfuerza por transformar las ideas, las prácticas, las leyes e, incluso, los lenguajes opresivos, tanto en el ámbito de la salud mental y de las saberes "psi" como en contextos sociales y culturales más generales (Menzies, LeFrançois y Reaume, 2013). Estos estudios sobre la locura suponen un ejercicio permanente de pedagogía crítica, en la medida en que establecen redes y mecanismos de circulación del conocimiento que, aunque con un origen en Canadá, pronto se han ido difundiendo, sobre todo, en los contextos culturales anglosajones (Mad Studies Network, 2014).

Los mad studies se desarrollan con una metodología transversal que obliga a poner en diálogo la medicina, la psiquiatría, la psicología o

el trabajo social con la sociología, la antropología, la literatura o los estudios culturales. En el marco de estos últimos, los gender studies, los disability studies, los body studies, los queer studies, etc., forman parte de un pool de áreas de estudio que se atraviesan constantemente y que se caracterizan, en muchos casos, por análisis en torno al poder y a la norma y por la propuesta de discursos contrahegemónicos. En el caso de los mad studies resulta muy evidente la voluntad de elaborar un discurso que cuestione la psiquiatría biológica (biomedical psychiatry), así como de conocer y reconocer la importancia de los colectivos de supervivientes y de sus actividades de reivindicación, marcando el acento asimismo en la dimensión ética de las prácticas psiquiátricas (Sweeney, 2016).

Una de las fuentes de inspiración de este tipo de estudios es la reflexión en torno a las subjetividades o, dicho de otro modo, las formas de expresión, experiencias y aspiraciones de quienes se han confrontado con los poderes de la psiquiatría institucional. En este sentido, se trataría —nuevamente Foucault— de impugnar regímenes de verdad en torno a la "enfermedad mental" (Foucault, 2003; Huertas, 2013 y 2016), así como de incorporar a la investigación a los grupos afectados. Como indica Jasna Russo (2012):

La investigación controlada por sobrevivientes en el campo de la salud mental puede percibirse como el desarrollo más extendido de la investigación participativa. Esto no es solo porque elimina el rol de los sujetos de investigación, sino porque el conocimiento experiencial (en oposición al clínico) adquiere un rol central a lo largo de todo el proceso de investigación, desde el diseño hasta el análisis y la interpretación de las etapas de resultados.

Finalmente, cabe decir que los mad studies otorgan una especial importancia a los estudios históricos que permitan conectar esta nueva antipsiquiatría con el legado de las luchas pasadas, y situarse en una tradición de resistencia que es preciso desarrollar tanto desde el punto de vista teórico como organizativo (Burstow y LeFrançois, 2014). Viejas cuestiones, como seguir reflexionando

sobre qué es la locura o continuar analizando críticamente la historia de los tratamientos y del confinamiento psiquiátrico, junto a nuevos (y no tan nuevos) temas, como locura y género o como el activismo, son objeto de la preocupación de esta nueva antipsiquiatría académica que, todo hay que decirlo, se mantiene alejada de la realidad asistencial y de la clínica.

No cabe duda de que la antipsiquiatría ha actuado, históricamente, como una vanguardia, como revulsivo indiscutible en la elaboración de una crítica a la razón psiquiátrica (Desviat, 2006) y es evidente que la actualización del movimiento genera expectativas teóricas y prácticas muy interesantes, pero también posibles contradicciones o, al menos, elementos que merece la pena seguir pensando de manera autocrítica. Por un lado, en el terreno terapéutico, o del cuidado, o del acompañamiento, la pregunta de Giovanni Jervis sigue teniendo vigencia: "¿Es realmente posible ayudar de forma antipsiquiátrica a una persona afectada (y oprimida) de lo que se llama un trastorno mental?" (Jervis, 1979: 34); dicho de otro modo, una atención solidaria pero informal, al margen de la psicopatología y del sistema de salud y de asistencia social, por muy bienintencionada que sea, ¿es suficiente para hacer frente a los problemas de salud mental?, o, una vez garantizados el respeto a los derechos humanos, la no coerción, la cautela con la medicación y con otras formas de terapia, la escucha, la existencia de profesionales comprometidas y con una formación clínica rigurosa e independiente, la integración del saber experto y del saber profano en el sentido antes apuntado, etc., ¿sería posible promover un modelo comunitario (o, mejor, colectivo) basado en el respeto y la libertad? Las palabras de la psiquiatra Laura Martín López-Andrade, dirigente del colectivo La Revolución Delirante y directora de la escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, insisten, sin renunciar a la clínica, en la crítica al modelo biomédico de "enfermedad" y la necesaria humildad de las expertas:

Hoy, la locura, más antigua que la ciencia y más del alma que del cuerpo, se desoye, se clasifica y se medica o, lo que es lo mismo, se rebaja a la categoría de enfermedad. Por eso la labor de los que

defendemos su diferencia, sustituimos el tratamiento por el trato, apostamos por un modelo basado en la necesidad en lugar de uno basado en los síntomas o invertimos el tiempo en escuchar a los que realmente saben en lugar de discutir quién de nosotros sabe más se hace imprescindible en estos momentos (Martín López-Andrade, 2015)[7].

Por otro lado, tampoco podemos olvidar que la mitificación de la locura entraña un riesgo de apreciación. La figura del loco puede llegar a ejercer una gran fascinación hasta el punto de llegar a considerársele un héroe contracultural, aquel capaz de no entrar en el juego de una sociedad alienante. Por muy crítico que se pueda ser con la sociedad de consumo o con el modo de producción capitalista, buscar este tipo de complicidades me parece tan frívolo como peligroso. En el fondo, se trata de discursos absolutamente paradójicos, pues llegan a hacer el juego al laissez faire, al (neo)liberalismo y a un nihilismo conservador disfrazado de libertario, ya que pueden llegar a considerar la locura (o la irracionalidad) como la única alternativa en una sociedad cuyas contradicciones políticas, económicas y sociales precipitan, favorecen y ocasionan, precisamente, el sufrimiento psíquico. El loco y la loca, por el hecho de serlo, no son personas que se han liberado de las ataduras e imposiciones sociales, no son representantes de la libertad y del genio (Desviat, 2006: 12; Huertas, 2014: 8).

Queda claro, pues, que el movimiento antipsiquiátrico, considerado en sentido amplio y con sus diversas variantes, ha ido evolucionando y adaptándose a nuevos contextos históricos y socioculturales, pero no ha perdido su condición de “campo de discordia” (field of contention) en el que coexisten y se confrontan sensibilidades y estrategias diferentes (Crossley, 2006). Antipsiquiatría, psiquiatría crítica, postpsiquiatría, aun con raíces en parte comunes, representan posiciones distintas y matizadas dentro de un amplio pensamiento crítico y alternativo en salud mental. En todo caso, concluyamos con las palabras de Giovanni Jervis en El mito de la antipsiquiatría, un texto de los años setenta cuya actualidad queda patente cuando lo encontramos en el Facebook de

La Revolución Delirante y que viene a resumir, de manera bastante nítida, las ideas que hemos pretendido analizar y transmitir:

Hay que reafirmar claramente que, en la actualidad, reclamar el derecho a la locura y revalorizar, de manera polémica, la sinrazón, no se reduce en absoluto a un slogan estúpido y veleidoso: y ello por dos razones. En primer lugar, esto significa la intención de tener una forma de atención respecto al que es etiquetado como "enfermo mental" (o "perturbado" o "diferente"), de comprensión y de ayuda no externas, no indiferentes, sino vividas con solidaridad y simpatía. En segundo lugar, es la expresión de un deseo de disidencia: es la proclamación, tal vez un poco enfática, tal vez un poco imprecisa, pero, incluso bajo estos aspectos, polémicamente vital, de una ruptura frente a la normalidad dominante, frente a la mediocre medida y el buen sentido burgués. Por último, se trata de una afirmación del derecho a la afectividad, a las emociones, e incluso a las contradicciones y el sufrimiento; y el signo implícito de un deseo de no censurar, desplazar o esconder esas contradicciones, sino de hacerlas vivir en un contexto interpersonal, y por tanto en el interior del mundo social, y político, al que de hecho pertenecen (Jervis, 1979).

Bibliografía

A

bad

, T. y T

oledano

, S. (2015): "Posibilidades del enfoque de Diálogo Abierto en nuestro context", Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, 39, pp. 19-23.

Aderhold, V.; Stastny, P

. y

Lehmann, P.

(2007): “Soteria: An alternative mental health reform movement”, en

P. S

tastny

y

P. L

ehmann (eds.), Alternatives beyond psychiatry, Eugene, Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing, Berlín, pp. 146-160.

Agosti, S.; Bellocchio, M.; Petraglia, S.

y

Rulli, S

. (1978): Locos de desatar, Anagrama, Barcelona.

Alanen, Y. O

. (1997): Schizophrenia: Its Origin and Need-Adapted Treatment, H. Karnac, Londres.

Altamura, A. C

. (2009): “Law 180 after 30 years – reflections on unmet needs and risks of loss of identity for Italian psychiatrists”, Acta Psychiatrica Scandinavica, 120, pp. 501-502.

Altamura, A. C

. y

Goodwin, G. M

. (2010): “How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs”, The British Journal of Psychiatry, 197, pp. 261-262.

Antonucci, G

. (1986): I pregiudizi e la conoscenza critica alla psichiatria, Cooperativa Apache, Roma.

Babini, V.

(2009): Liberi tutti: Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del novecento, Il Mulino, Bolonia.

Balbuena, F

. (2011): “R. D. Laing: un ‘rebelde’ que desafió el orden psiquiátrico imperante”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (112), pp. 679-691.

Barnes, M.

y

Berke, J

. (1971): Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness, MacGibbon and Kee, Londres.

Basaglia, F.

(1967): “Commento a E. Goffman: la carriera morale del malato mentale”, en F. Basaglia (ed.), Che cos’è la psichiatria?, Amministrazione Provinciale di Parma, Parma, pp. 235-298.

—

(1968): L’istituzione negate. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Einaudi, Turín.

Basaglia, F.

y

Basaglia Ongaro, F.

(1966): “Un problema di psichiatria istituzionale. L’esclusione come categoria socio-psichiatrica”, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 90 (6), pp. 1484-1503.

—

(1975): “Crimini di Pace”, en F. Basaglia y F. Basaglia Ongaro (eds.), Richerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all’oppressione, Einaudi, Turín.

Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J.

y

Weakland, J

. (1956): “Towards a Theory of Schizophrenia”, Behavioral Science, 1, pp. 51-264.

Becker, H.

(1963): Outsider. Studies in the sociology of deviance, The Free Press, Nueva York.

Becker, T.

y

Fangerau, H.

(2017): “40th birthday of the Italian Mental Health Law 180 – perception and reputation abroad, and a personal suggestion”, Epidemiology and Psychiatric Sciences, 6, pp. 1-5.

Beers, C.

(1908): A mind that found itself, Doubleday, Nueva York.

Berke, J. H.

(1971): “Continuing Kingsley Hall”, The New York Review of Books, 16 (10) [disponible en http://www.nybooks.com/articles/1971/06/03/continuing-kingsley-hall/, consultado el 5 de febrero de 2018].

Berlinguer, E. (1977):

Gobierno de unidad democrática y compromiso histórico: discursos 1969-1976, Ayuso, Madrid.

Bleandonu, G. (1976):

Dictionnaire de psychiatrie sociale, Payot, París.

Bockhoven, J. S.

(1963): Moral treatment in American psychiatry, Springer, Nueva York.

Bola, J. R

. y

Mosher, L. R

. (2002): “Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria Project”, Schizophrenia Bulletin, 28 (4), pp. 559-575.

— (2003): “

Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria Project”, The Journal of Nervous and Mental Disease, 191 (4), pp. 219-229.

Bonnafé, L.

(1960): “De la doctrine post-esquirolienne”, L’Information psychiatrique, 36, pp. 423-444 y 559-570.

Bourne, H

. (1953): “The insulin myth”, The Lancet, 265, pp. 964-968.

Bracken, P.

y

Thomas, Ph.

(2005): Postpsychiatry: mental Health in a potmodern World, Oxford University Press, Oxford.

Brown, P.; Zavestoski, S.; McCormick, S.; Mayer, B.; Morello-Frosch, R.

y

Altman, R.

(2004): “Embodied health movements: New approaches to social movements in health”, Sociology of Health & Illness, 26, pp. 50-80.

Bucciantini, M

. (2011): Esperimento Auschwitz, Einaudi, Turín.

Bulhan, H. A

. (1985): Frantz Fanon and the Psychology of Oppression, Plenum Press, Nueva York.

Burstow, B.

(2015): Psychiatry and the business of madness: an ethical and epistemological accounting, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Burstow, B.

y

LeFrançois, B. A

. (2014): “Impassioned praxis: An introduction to theorizing resistance to psychiatry”, en

B. B

urstow

, B. A. L

e

F

rançois y S. Diamond (eds.), Psychiatry disrupted: Theorizing resistance and crafting the (r)evolution, McGill/Queen's University Press, Montreal, pp. 3-15.

Capararo, P

. (2005): "Il discorso medico sulla diagnosi", en

P. B

arbetta (ed.), Le radici culturali della diagnosi, Mentelmi, Roma, pp. 50-78.

Caponi, S.

(2014): "O DSM-V como dispositivo de segurança", Physis: Revista de Saúde Colectiva, 24 (3), pp. 741-763.

Castel, R.

(1973): Le psychanalysme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir, Maspero, París.

Chamberlin, J.

(1978): On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System, Haworth Press, Nueva York.

—

(1997): "A working definition of empowerment", Psychiatric Rehabilitation Journal, 20 (4), pp. 43-46.

—

(1998): “Citizenship rights and psychiatric disability”, Psychiatric Rehabilitation Journal, 21, pp. 405-408.

Chapman, A

. (2014): “Into the Zone of the Interior: A Novel View of Anti-Psychiatry”, PsyArt, 18, pp. 14-24.

—

(2016), “Re-Coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry”, Critical and Radical Social Work, 4 (3), pp, 421-432.

Ciompi, L

. (1994): “Affect logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia”, British Journal of Psychiatry, 164, pp. 51-55.

—

(1997): “Non-linear dynamics of complex systems: The chaos-theoretical approach to schizophrenia”, en

H. D. B

renner

, W. B

öker

y

R. G

enner (eds.), Towards a comprehensive therapy for schizophrenia, Hogrefe & Huber Publishers, Ashland, pp. 18-31.

—

(1997a): “The concept of affect logic: An integrative psycho-socio-

biological approach to understanding and treatment of psychiatry", Psychiatry, 60 (2), pp. 158-170.

Ciompi, L.; Dawalder, H. P.; Maier, C. H.; Aebi, W.; Trfitzsch, K.; Kupper, Z.

y

Rutishauser, C. H.

(1992): "The pilot project 'Soteria Berne' clinical experiences and results", British Journal of Psychiatry, pp. 145-153.

Colina, F

. (2013): Sobre la locura, Cuatro, Valladolid.

Cooper, D

(1971): The Death of the Family, Penguin, Harmondsworth.

—

(1965): "The Anti-Hospital: An Experiment in Psychiatry", New Society, 3 de mayo de 1965, pp. 11-16.

—

(1967): Pyschiatry and Anti-Psychiatry, Tavistock, Londres.

—

(1969): Dialéctica de la liberación, Siglo XXI, Ciudad de México.

—

(1974): The Grammar of Living, Penguin, Harmondsworth.

—

(ed.) (1968): The Dialectics of Liberation, Penguin, Harmondsworth.

—

(1980): The language of madness, Penguin, Harmondsworth.

Correa-Urquiza, M.

(2015): Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos, Grupo 5, Madrid.

Crossley, N.

(2002): Making sense of social movements, Open University Press, Buckingham.

—

(2006): “The field of psychiatric contention in the UK, 1960-2000”, Social Science & Medicine, 62, pp. 552-563.

—

(2006a): Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health, Routledge, Londres.

CSRC

(1961): Clinical Research Sub-CommitteeReport to the Planning and General Purposes Committee of the North West Regional Hospital Board (18 July 1961), Metropolitan Archives, Londres.

D’Alessandro, R.

(2008): Lo specchio rimosso: Individuo, società, follia da Goffman a Basaglia, Franco Angeli, Milán.

Dain, N

. (1980): Clifford W Beers: advocate for the insane, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

Daumezon, G

. y

Koechlin, Ph

. (1952): “La psicothérapie institutionelle française contemporaine”, Anäis Portugueses de Psiquiatria, 4 (4), pp. 271-312.

DeKoven, M.

(2004): Utopia Limited: The Sixties and the Emergence of the Postmodern, Duke University Press, Durham y Londres.

Deleuze, G.

y

Guattari, F.

(1972): Capitalisme et schizophrénie. L’anti-Œdipe, Minuit, París.

—

(1977): Anti-oedipus: Capitalism and schizophrenia, Viking Press, Nueva York.

Della Rocca, G

. (1973): “Entrevista con Franco Basaglia”, en

J. Obiols

(coord.), Psiquiatría y Antipsiquiatría, Salvat, Barcelona, pp. 8-19.

D

esviat

, M. (1994): La reforma psiquiátrica, DOR, Madrid.

—

(2005): Una evaluación actual de la antipsiquiatría. Subjetividad y cultura [disponible en http://subjetividadycultura.org.mx/una-evaluacion-actual-de-la-antipsiquiatria/, consultado el 7 de marzo de 2018].

—

(2006): “La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica”, Norte de Salud Mental, 25, pp. 8-14.

—

(2016): Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva, Grupo 5, Madrid.

Dewart, J

. (1973): “Some theological aspects in the writings of R.D. Laing”, Studies in Religion/Sciences Religieuses, 3 (1), pp. 63-70.

Di Vittorio, P

. (1999): Foucault e Basaglia: L’incontro tra genealogie e movimenti di base, Ombre Corte Edizioni, Verona.

Dolnick, E.

(1998): Madness on the couch: blaming the victim in the Heyday of Psychoanalysis, Simon & Schuster, Nueva York.

Dumont, J.

y

Jones, K.

(2002): “Finding from a Consumer/Survivor Defined Aternative to Psychiatric Hospitalitation”, Outlook, 17, pp. 4-6.

Elkaïm, M.

(ed.) (1977): Réseau Alternative à la psychiatrie, textes recueillis, UGE, París.

Esquirol, J. E. D.

(1818): “Maisons d’aliénés”, Dictionnaire des sciences médicales, par una société de médicins et chirurgiens, Panckoucke, París, 30,

pp. 47-95.

Evaristo, P.

(2011): “La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (119), pp. 345-351.

Fábregas, J. L.; Mora, E

. y

Roig, A

. (1977): “Por una psiquiatría alternativa”, El Viejo Topo, 15, pp. 18-23.

Fanon, F

. (1961): Les Damnés de la Terre, Masperó, París.

Foot, J.

(2014): “Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-78”, Critical and Radical Social Work, 2 (2), pp. 235-249.

Foot, J

. (2015): The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care, Verso Books, Nueva York.

Foot, J.

(2015a): “Photography and radical psychiatry in Italy in the 1960s. The case of the photobook Morire di Classe (1969)”, History of Psychiatry, 26, pp. 19-35.

—

(2015b), The Man Who Closed the Asylums. Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care, Verso, Londres y Brooklyn.

Forgaes, D

. (2014): Italy's Margius. Social Excluion and Nation Formation since 1861, Cambridge University Press, Cambridge.

Foucault, M

. (1954): "Introduction", en L. Binswanger, La rêve et l'existence, Desclée de Brouwer, Brujas.

—

(1961): Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge clasique, Plon, París.

—

(1963): Naissance de la Clinique, PUF, París.

—

(1967): Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason, Tavistock, Londres.

—

(2003): Le pouvoir psychiatrique (Cours au Collége de France. 1973-74), Seuil-Gallimard, París.

Fukuyama, F.

(1992): The end of History and the Last Man, MacMillan, Nueva York.

Goffman, E

. (1961): Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Doubleday, Nueva York.

—

(1968): Asylums: Le istituzioni totali: La condizione sociale dei internati e i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi, Turín.

—

(1968a): Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity, Pelikan Books, Londres.

—

(2001): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires.

González Chávez, M

. (1978): "Psiquiatría democrática", en

S.

Agosti et al., Locos de desatar, Anagrama, Barcelona, pp. 125-201.

Gramsci, A.

(1967): La formación de los intelectuales, Ciudad de México, Grijalbo.

Guattari, E.

(2012): La Petite Borde, Mercure de France, París.

Hacking, I

. (2013): "Lost in the forest", London Review of Books, 35 (15), pp. 7-9.

Hayward, S. T

. (1961): "The Doctor's Place in the Patients' Hospital", The Lancet, 277, pp. 387-389.

Hochmann, J.

(2015): Les antipsychiatries. Une histoire, Odile Jacob, París.

Howarth-Williams, M.

(2015): R. D. Laing. His Work and its Relevance for Sociology, Routledge & Kegan Paul, Londres, Hanley y Boston.

Huertas, R

. (1992): Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Madrid.

—

(1998): Neoliberalismo y políticas de salud, El Viejo Topo, Madrid.

—

(2008): "Salud mental y reforma psiquiátrica: algunas reflexiones históricas", EIDON: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, 27, pp. 54-59.

—

(2014): ¿Qué sabemos de? La locura, Los Libros de la Catarata/ CSIC, Madrid.

—

(2013): Historia cultural de la psiquiatría, Los Libros de la Catarata, Madrid.

—

(2016): Otra historia para otra psiquiatría, Xoroi, Barcelona.

— (

coord.

) (2017):

Políticas de salud mental y cambio social en América Latina, Los Libros de la Catarata, Madrid.

Illich, I.

(1975): Medical Nemesis. The expropiation of health, Calder & Boyard, Londres.

Ingram, R

. (2016): “Doing Mad Studies: Making (non)sense together”, Intersectionalities, 5 (3), pp. 11-17.

Jervis, G.

(1979): El mito de la antipsiquiatría, Pequeña Biblioteca, Barcelona.

Jones, K.

y

Poletti, A

. (1984): “The mirage of a reform”, New Society, 70, p. 1137.

—

(1985): “Understanding the Italian experiment”, British Journal of Psychiatry, 146, pp. 341-317.

—

(1986): “The ‘Italian Experience’ reconsidered”, British Journal of Psychiatry, 148, pp. 144-150.

Jones, M.

(1953): The therapeutic community, Basic Books, Nueva York.

Koopmans, M.

(2001): “From Double Bind to N-Bind: Toward a New Theory of Schizophrenia and Family interaction”, Nonlineal Dynamics,

Psychology and Life Sciences, 5 (4), pp. 289-323.

Kotowicz, Z

. (1997): R.D. Laing and Paths of Antipsychiatry, Routledge, Londres-Nueva York.

Laing, A

. (1994): R.D. Laing: A biography, Peter Owen Laing, Londres.

Laing, R. D

. (1960): The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness, Penguin Books, Harmondsworth.

—

(1964): “Review of Marcuse’s One-Dimensional Man”, New Left Review, 26, pp. 78-80.

—

(1967): The Politics of Experience and The Bird of Paradise, Penguin Books, Harmondsworth.

—

(1971): The Politics of the Familiy and Other Essays, Tavistock, Londres.

—

(1985): Wisdom, madness and Folly: The Making of a Psychiatrist. 1927-1957, McGraw-Hill, Londres.

Laing, R. D

. y

Cooper, D

. (1964): Reason and Violence: a decade of Sartre’s philosophy,

Tavistock, Londres.

Laing, R. D

. y

Esterson, A.

(1964): Sanity, Madness and the Family, Penguin Books, Londres.

Lake, F.

(1966): Clinical Theology: A Theological and Psychiatric Basis to Clinical Pastoral Care, Darton, Longman & Todd, Londres.

Laverack, G.

(2013): Health Activism. Foundations and Strategies, Sage Publications, Londres.

Lehmann, P

. (2013): “Alternativas a la psiquiatría”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (117), pp. 137-150.

Lemert, E.

(1972): Human Deviance, Social Problems, and Social Control, Prentice-Hall, Nueva Jersey.

Leonardis, O. de

;

Mauri, D

. y

Rotelli, F

. (1994): L’impresa sociale, Anabasi SPA, Milán.

Levi, P.

(1958): Se questo é un uomo, Einaudi, Turín.

Lewin, K

. (1946): “Action research and minority problems”, Journal of Social Issues, 2 (4), pp. 34-46.

Mad Studies Network

(2014): Shared principles. Retrieved from the Mad Studies Network, [diponible en https://madstudies2014.wordpress.com/2014/10/24/mad-studies-networkshared-principles/, consultado el 27 de marzo de 2018].

Marcuse, H

. (1953/1981): Eros y Civilización, Ariel, Barcelona.

—

(1967/1968): El final de la utopía, Ariel, Barcelona.

—

(1968/1973): Psicoanálisis y política, Península, Barcelona.

Marge

(1980): “La mascherata di Trieste”, en E. Battison et al., Il circuito del controllo dal manicomio al decentramento psichiatrico: atti e ducumenti del Reseau di alternativa alla psichiatria, Cooperativa Libraira-Centro culturale, Trieste, pp. 224-226.

Martín López-Andrade, L

. et al. (2015): “El loco y el profesional: los sujetos de la psiquiatría”, en

E. G

ay

, J. C

armona y

F.

del

R

ío (coords.), El sujeto, el sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 211-236.

Martínez-Hernáez, A.

(2000): “Anatomía de una ilusión: El DSM-IV y la biologización de la cultura”, en

E. P

erdiguero y

J. M. C

omelles (eds.), Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Bellaterra, Barcelona, pp. 249-275.

McKeown, T.

(1976): The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.

Menninger, K

. (1959): Psychiatrist’s World: The Selected Papelrs of Karlo Menninger, Viking, Nueva York.

Menzies, R.; LeFrançois, B. A.

y

Reaume, G

. (2013): “Introducing Mad Studies” en

B. A.

LeFrançois, R. Menzies y G. Reaume (eds.), Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies, Canadian Scholars' Press, Toronto, pp. 1-22.

Mieli, P.

(2015): "Normanity and segregation in Primo Levi's Sleeping Beauty in the Fridge", en

P. G

herovici y

M. S

teinkoler (eds.), Lacan on madness. Madness, yes you can't, Routledge, Londres y Nueva York, pp. 219-233.

Miller, G.

(2009): "R. D. Laing and theology: the influence of Christian existentialism on The Divided Self", History of the Human Sciences, 22 (2), pp. 1-21.

—

(2012): "R. D. Laing's theological hinterland: the contrast between mysticism and communion", History of Psychiatry, 23 (2), pp. 139-155.

Mollica, R. F.

(1985): "From Antonio Gransci to Franco Basaglia: The theiry and practice of the Italian Psychiatric Reform", International Journal of Mental Health, 14 (1/2), pp. 22-41.

Moncrieff, J.

(2008): The Myth of Chemical Cure: a critique of psychiatric drug treatment, Palgrave Macmillan, Londres.

—

(2013): The Bitterest Pills: the troubling story of antipsychotic drugs, Palgrave Macmillan, Londes.

Morrison, L.

(2005): Talking Back to Psychiatry. The Psychiatric Consumer/ Survivor/Ex patient Movement, Routledge, Londres y Nueva York.

Mosher, L. R.

(1998): Letter of Resignation from the American Psychiatric Association 4 December 1998 [disponible en http:// www.moshersoteria.com/articles/resignation-from-apa/, consultado el 7 de febrero de 2018].

—

(1999): “Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review”, The Journal of Nervous and Mental Disease, 187 (3), pp. 142-149.

—

(2006): “Intervención en un primer episodio de psicosis sin hospitalización”, en

J.

Read, L. R. Mosher y R. Bentall (eds.), Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia, Herder, Barcelona, pp. 421-439.

Mosher, L. R.; Kresky-Wolff, M.; Matthews, S

. y

Menn, A. Z

. (1986): “Milieu therapy in the 1980’s: A comparison of two residential alternatives to hospitalization”, Bull Menninger Clin, 50,

pp. 257-268.

Mosher, L. R

. y

Menn, A. Z

. (1978): “Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up”, Hospital and Community Psychiatry, 29, pp. 715-723.

Mosher, L. R.; Menn, A. Z

. y

Matthews, S.

(1975): “Soteria: Evaluation of a home-based treatment, for schizophrenia”, American Journal of Orthopsychiatry, 45, pp. 455-467.

Mosher, L. R.; Reifman, A

. y

Menn, A.

Z. (1973): “Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics”, Hospital and Community Psychiatry, 24, pp. 391-396.

Nasser, M

. (1995): “The rise and fall of anti-psychiatry”, Psychiatry Bulletin, 19, pp. 743-746.

Ortiz, A.

(2013): Hacia una psiquiatría crítica, Grupo 5, Madrid.

Oury, J

. (1976): Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Payot, París.

Oury, J

. y

Depussé, M

. (2003): À quelle heure passe le train… Conversations sur la folie, Calmann-Levy, París.

Perceval, J.

(1840): A narrative of the treatment experience by a gentleman during a mental state of derangement, Effingham Wilson, Londres.

Pérez Soto, C.

(2012): La nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico, Lom, Santiago de Chile.

Perry, J. W.

(1977-1978): "Psychosis and the visionary mind", Journal of Altered States of Consciousness, 3 (1), pp. 5-14.

Pirella, A

. (1998): "Franco Basaglia, o della critica pratica alla psichiatria istituzionale", en D. G

iachetti

(ed.), Per il sessantotto: Studi e ricerche, Massari/CDP, Pistoia, pp. 119-127.

Polo, C.

(2012): "Un fantasma recorre la psiquiatría europea: la Iglesia de la Cienciología", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32, pp. 126-128.

Polo, C.

(2016): “Trieste, 1977: el primer desmantelamiento público de un manicomio. Testimonio de un médicos residente de primer año”, en S. Esteba et al. (coords.), Historias de la salud mental para un tiempo nuevo, AEN, Madrid, pp. 193-204.

Redler, L.

(2004): “Loren Mosher. US psychiatrist whose non-drug treatments helped his patients”, The Guardian [disponible en https:// www.theguardian.com/news/2004/jul/28/ guardianobituaries.obituaries, consultado el 20 de febrero de 2018].

Rissmiller, D. J.

y

Rissmiller, J. H.

(2006): “Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism”, Psychiatric Services, 57, pp. 863-866.

Romano, R

. (2001): I folli, Meltemi (Gli Argonauti), Roma.

Romme, M

. y

Escher, S.

(eds.) (1993): Accepting Voices, Mind Publications, Londres.

— (2000): Making Sense of Voices: a Guide for Mental Health Professionals Working with Voice-Hearers, Mind Publications, Londres.

Rotelli, F.

(2015): L’istituzione inventata/Almanacco Trieste 1971-2010, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merago.

Rotelli, F.

(2015a): Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste, Topía, Buenos Aires.

Roth M

. y

Kroll J

. (1986): The reality of mental illness, Cambridge University Press, Cambridge.

Rubenstein, R.

(2014): Literary Half-Lives: Doris Lessing, Clancy Sigal, and roman à clef, Palgrave Macmillan, Londres.

Russo, J.

(2012): “Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health”, Forum: Qualitative Social Research, 13 (1), art. 8.

Samuels, A.

(1986): Jung and the post-jungians, Routledge, Londres y Nueva York.

Sedgwick, P.

(1982): Psychopolitics, Pluto Press, Londres.

Seikkula, J.

y

Arnkil, T. E.

(2006): Dialogical meetings in social networks, Karnacbooks, Londres.

Seikkula, J.

y

Olson, M.

(2003): “The Open Dialogue Approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics”, Family Process, 42 (3), pp. 403-418.

Seikkula, J.; Aaltonen, J.; Alakare, B.; Haarakangas, K.; Keränen, J.

y

Lehtinen, K.

(2006): “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies”, Psychotherapy Research, 16 (2), pp. 214-228.

Sigal, C.

(1976): Zone of the Interior, Thomas W. Crowell, Nueva York.

SPK (Socialist Patients’ Collective)

(1993): Turn illness into a weapon for agitation by the Socialist Patients’ Collective at the University of Heidelberg, KRRIM, Heidelberg.

Sullivan, H. S.

(1962): Schizophrenia as a human process, Norton, Nueva York.

Sweeney, A.

(2016): “Why Mad Studies Needs Survivor Research and Survivor Research Needs Mad Studies”, Intersectionalities, 5 (3), pp. 36-61.

Szasz, T.

(1961): The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, Harper & Row, Nueva York.

—

(1970): The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement, Harper Row, Nueva York.

—

(1976): “Anti-Psychiatry: the Paradigm of the Plundered Mind”, The New Review, 3 (29), pp. 3-14.

—

(1984): The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events, Prometheus Books, Búfalo.

Thompson, M. G.

(2015): “A note Living in one of R.D. Laing’s Post-Kingsley Hall Households: Porland Road”, en

M. G. T

hompson (ed.), The legacy of R.D. Laing. An appraisal of his contemporary relevance, Rouledge, Londres y Nueva York, pp. 133-141.

Vispe, A

. y

Valdecasas, J. G.

(2018): Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas, Grupo 5, Madrid.

Wall, O.

(2013): “The birth and death of Villa 21”, History of Psychiatry, 24 (3), pp. 326-340.

—

(2017): The British Anti-Psychiatrists. From Institutional Psychiatry to the Counter-Culture, 1960-1971, Routledge, Londres y Nueva

York.

Whitaker, R.

(2010): Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America, Crown, Nueva York.

Winnicott, D. W.

(1960). “Ego Distortion in Terms of True and False Self”, The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development, International UP Inc., Nueva York, pp. 140-152.

Winters, E.

(1969): “Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910”, Bulletin of the History of Medicine, 43, pp. 414-443.

Wyatt, R. C.

(2004): “Thomas Szasz: Liberty and Practice of Psychotherapy”, Journal of Humanistic Psychology, 44 (1), pp. 71-85.

Capítulo 2

Reforma psiquiátrica y cambio social en España*[8]

Iván de la Mata Ruiz

Introducción

La reforma psiquiátrica española sigue el curso de otras reformas que se realizan en los países europeos con cierto retraso, pero con elementos similares: una primera etapa cuestionadora de las prácticas custodiales del manicomio como institución total; una segunda etapa técnica-reformista de construcción de una organización alternativa en el contexto de una política social de inspiración socialdemócrata en el que la crítica ideológica se desvanece; y una tercera etapa de desencanto, coincidente con la crisis del Estado de bienestar y la transformación neoliberal de la sociedad y la subjetividad, en la que reaparece la crítica ideológica en el contexto del proceso de globalización neoliberal. En cada uno de los momentos descritos existen también concepciones distintas sobre el sufrimiento psíquico y sobre el papel de las técnicas "psi", fruto de una compleja relación de fuerzas sociales y culturales. Además, en cada país esta secuencia se desarrolla en momentos distintos y con particularidades locales que la matizan o diferencian.

El objetivo central de este capítulo es hacer una reflexión sobre el discurso de la reforma psiquiátrica en España entendiéndola como un producto "cultural" o "técnico" del momento político-social de la Transición. Es decir, analizando las condiciones de posibilidad locales (creación del nuevo régimen constitucional) y globales (reformulación del "pacto social" con la llegada del neoliberalismo) en las que se organizó y se desarrolló la reforma psiquiátrica. Se han utilizado algunos de los documentos creados por la "izquierda psiquiátrica" en todo el proceso de construcción de la reforma y las reflexiones posteriores sobre sus resultados, poniéndose el énfasis

en algunos vectores que quedan obviados en estos análisis de resultados: la nueva configuración de las funciones de la psiquiatría como ideología en el momento neoliberal, los costes de la integración en el sistema sanitario, el modelo biomédico de comprensión del sufrimiento psíquico y el papel del mercado en la construcción de la demandas.

Antecedentes de la reforma psiquiátrica: la etapa ideológica

En el tardofranquismo se puso en evidencia la necesidad de una transformación de la atención psiquiátrica en el contexto del proceso de modernización del Estado y aspiraciones de una ruptura democrática. La situación de la atención psiquiátrica era lamentable, con una atención custodial en unas estructuras hospitalarias indignas para cualquier ser humano. Esta etapa ha sido analizada en un anterior libro de esta colección y no es el objetivo de este capítulo (Huertas, 2017). Simplemente se presenta resumida para dar coherencia al relato. Se dieron dos tipos de respuesta a la necesidad de transformación psiquiátrica:

1. La respuesta institucional dentro del mismo proceso de modernización que estaba implementando el régimen franquista: son experiencias de reforma de los manicomios auspiciados por las propias administraciones, dentro del escaparate tecnocrático que inspiraba las políticas del último franquismo. Se desarrollaron desde el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), un organismo planificador creado en 1955 y cuya actividad se extendió hasta 1975 (Simón Lorda, 2017). Pese a una interesante producción teórica para la época, sus propuestas técnicas tuvieron escasa repercusión asistencial, debido a la falta de apoyo político, financiación y resistencias de los poderes psiquiátricos.

2. El movimiento psiquiátrico crítico y antinstitucional de finales de

los años sesenta y principios de los setenta que se dio en distintos países europeos occidentales tuvo su correlato en España dentro del contexto de las luchas políticas contra la dictadura. El manicomio, espacio de reclusión y de imposición ideológica, era un símbolo del régimen. La transformación psiquiátrica se entendía como una lucha sectorial dentro de un contexto de cambio social y político radical. A lo largo y ancho del país se intentaron reformas en varios hospitales psiquiátricos "desde abajo", sin poder político, ni institucional que acabarán siendo reprimidas y sobre las que hay abundante bibliografía (González de Chavez 2003). Se trataba de una estrategia de lucha asamblearia con focos en distintos hospitales, que incluía reivindicaciones profesionales. Poco a poco se fue tejiendo una red de solidaridades entre distintos colectivos que se acabaron organizando en torno a la Coordinadora Psiquiátrica (Huertas, 2017b). La transformación de la atención no solo implicaba reformas a nivel de la organización sanitaria, sino un cuestionamiento de la ideología psiquiátrica y su función social: el lugar de la psiquiatría dentro del capitalismo, tanto la función social de controlar la diferencia a través del manicomio como la coartada ideológica para individualizar el sufrimiento y descontextualizarlo de sus raíces sociales y del conflicto de clases. En el plano de las ideas psiquiátricas, sus fuentes venían de la antipsiquiatría inglesa, de la psicoterapia institucional francesa, de la crítica antinstitucional y, sobre todo, de la psiquiatría democrática italiana. Uno de sus logros principales fue sin duda generar un debate público en torno a la cuestión de la locura y a la situación de los derechos de las internadas (Martínez Azurmendi, 2017). La Coordinadora comenzó la producción teórica de lo que debían ser los cambios esenciales que debían darse en la asistencia psiquiátrica a nivel institucional, que más tarde se continuaron con las propuestas de la nueva Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Algunos textos de las propuestas asistenciales de la Coordinadora fueron recogidos por González de Chávez en un conocido artículo publicado en la revista Frenia:

La transformación asistencial requiere un esfuerzo específico que exige un trabajo práctico y otro teórico: práctico, de conocimiento y divulgación de la actual asistencia y encaminado a cambiarla en sus

aspectos generales y en cada una de las instituciones donde trabajamos; teórico, de crítica a la psiquiatría dominante en sus diversas teorías y prácticas y de construcción de una teoría dialéctica que comprenda los trastornos mentales en función de las contradicciones sociales que los producen y siente las bases para ayudar a los enfermos por vías ajenas a las actuales de control, exclusión y recuperación a los valores y normas dominantes (Coordinadora Psiquiátrica, febrero de 1973, citado en González de Chávez, 2003: 102).

La situación prerreforma, a finales de los setenta y principios de los ochenta, se caracteriza sobre todo por la existencia de una multiplicidad de redes de atención paralela, en su mayor parte excluidas del sistema sanitario general. De esta manera, la mayoría de los trastornos mentales graves era tratada en la potente red de hospitales psiquiátricos dependientes de las diputaciones provinciales que empezaron a crear dispensarios para atender a las pacientes que eran dadas de alta. A su vez, existía una exigua red de neuropsiquiatras que se hacían cargo de la mayoría de la atención psiquiátrica ambulatoria y que era la única oferta terapéutica que la seguridad social brindaba en aquella época (Rendueles, 1982). Junto a los hospitales psiquiátricos y las consultas de neuropsiquiatría coexistía un heterogéneo grupo de recursos con escaso impacto en la atención: un reducido número de unidades en hospitales universitarios con consultas externas, cuyas responsabilidades asistenciales estaban mal definidas y eran de difícil acceso; algunos recursos dependientes de la AISNA, antigua beneficencia estatal, como los primeros centros de salud mental (nada parecidos a los actuales), centros de orientación diagnóstica y terapéutica para niños y niñas, dispensarios antialcohólicos; y una cierta cantidad de centros dependientes de los primeros ayuntamientos democráticos dedicados a funciones preventivas que agrupaban planificación familiar y salud mental (Fernández Liria, 1998).

Contexto político de la transición

Los primeros años de la Transición estuvieron marcados por un intenso conflicto político y social. Por un lado, las dirigentes de los viejos y nuevos partidos políticos tomaban posiciones entre las distintas opciones de salida al régimen franquista (ruptura, reforma o continuidad) en un contexto marcado todavía por una dura represión, ausencia de libertades formales, terrorismo y la amenaza continua de un golpe de los militares, con la que afloraba el fantasma de la Guerra Civil. Por otro lado, el "desarrollismo" económico del tardofranquismo, que había traído profundas transformaciones sociodemográficas y culturales, se mostró como un modelo económico agotado para enfrentar la crisis económica de esos años, amenazando no solo a la clase obrera, sino a la incipiente clase media que estaba sobre la base de eso que se ha llamado "franquismo sociológico". Durante los años 1976 y 1977 se produjeron importantes huelgas en sectores claves del tejido económico y protestas del movimiento vecinal en los degradados barrios de los cinturones industriales que había creado la política de la vivienda del franquismo. Estas movilizaciones conservaban las características de los modos de lucha del final del franquismo: movilizaciones locales que generaban solidaridades en otros lugares, con demandas concretas, organizadas de forma asamblearia y con poco control por los dirigentes sindicales o de los partidos políticos. En este clima de tensión se desarrolla la llamada "cultura de la Transición". En esta narrativa dominante, la Transición se nos presenta como un ejercicio de responsabilidad y madurez por parte de los actores políticos y sociales mayoritarios de la época para construir un consenso que diera pie a un Estado moderno y democrático y que nos situara en el mismo lugar que los países de nuestro entorno. Para esto era necesario crear un nuevo marco institucional de reglas de juego político y económico donde se enmarcaban y acotaban los procesos de reforma del Estado (Pactos de la Moncloa, Constitución) y las formas de lucha. Este consenso y pacto que trajo las libertades formales y un nuevo marco democrático fue presentado por los partidos de izquierdas mayoritarios como una "ruptura pactada", la única opción posible de cambio de régimen, que abría un horizonte de posibilidad de transformaciones en las instituciones, pero dentro del nuevo régimen que se estaba conformando. Lecturas críticas del consenso

de la Transición ponen de relieve que los logros democratizadores tuvieron un coste tanto a nivel político como social, al dejar que las elites económicas, financieras, políticas y académicas del régimen franquista mantuvieran sus cuotas de poder, además de señalar cómo el proceso de institucionalización del juego político terminó con las aspiraciones y con las organizaciones espontáneas de los movimientos populares (Rodríguez, 2015).

La institucionalización de la lucha: el fin de la coordinadora y la toma de la AEN (1977)

La represión que sufrieron las primeras experiencias autogestionadas de transformación de los manicomios del tardofranquismo, junto con la inoperancia de las reformas que se planteaban desde la propia Administración con el fallido PANAP, plantearon un debate dentro de la izquierda psiquiátrica sobre la estrategia que había que seguir para lograr una reforma asistencial. Tras la muerte del dictador se planteó de nuevo en el seno de la Coordinadora Psiquiátrica la necesidad de contar con una asociación profesional que pudiera canalizar sus reivindicaciones en el nuevo contexto institucional que se configuraba. Las dos opciones que se planteaban en aquel momento han sido analizadas por Rafael Huertas, que identifica, por un lado, las partidarias de una vía institucional, de toma de poder, que uniera el proyecto de reforma psiquiátrica al conjunto de reformas sanitarias que precisaba el Estado, y, por otro, las que promovían mantener las luchas de la Coordinadora como un movimiento autogestionado y veían todavía posible una transformación psiquiátrica y social más radical. En esta dialéctica, las partidarias de la institucionalización de las estrategias de cambio psiquiátrico impusieron sus planteamientos (Huertas, 2017a). Lo mismo sucedió con muchas otras luchas sectoriales de aquella época en España. Y no solo se trata de una excepcionalidad española: los mismos dilemas estratégicos se dieron tarde o temprano en el seno de los movimientos antipsiquiátricos europeos. Por ejemplo, en Italia, en Psiquiatría Democrática, tras la muerte de Basaglia y una vez aprobada la Ley 180 que cerraba los

manicomios, se discutió la necesidad de crear una asociación profesional que contrarrestara el poder creciente de la psiquiatría biológica en la creación del discurso sobre la enfermedad mental y su tratamiento (Lerner, 1985). El objetivo fue "tomar la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)", una asociación de profesionales formada en 1924 que tuvo un especial protagonismo durante la Segunda República en la transformación de la asistencia psiquiátrica y a la que las profesionales de la Coordinadora se habían ido acercando en sus congresos. La toma de la AEN tenía además un especial valor simbólico, ya que permitía construir un relato de continuidad con la generación de psiquiatras que sufriera el exilio exterior o interior tras la Guerra Civil. Esta tuvo lugar durante el Congreso de Sevilla de 1977, en el que la candidatura progresista se hizo con la dirección de la asociación.

Durante la primera andadura de la nueva junta de la AEN estuvieron muy activas las comisiones de Asistencia y las de Ética y Legislación, que se habían conformado en la asociación, cuyos informes aparecen publicados en los primeros boletines. La Comisión de Asistencia, presidida por Manuel Desviat, elaboró en 1978 un documento titulado "Puntos mínimos para la Reforma Psiquiátrica" (Comisión de Asistencia de la AEN, 1978). Este documento formaliza de alguna manera el discurso histórico del cambio asistencial que se venía construyendo desde el entorno de la AEN y la Coordinadora. Aparece en un momento en que se discutía en el Parlamento la Ley de Sanidad de la UCD (que introducía elementos privatizadores y que no llegó a aprobarse), con una primera y fallida Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1977. La Comisión de Asistencia es consciente de que cualquier intento de transformación psiquiátrica tiene que darse a la vez que una reforma de la asistencia sanitaria general, inspirada en los principios de la salud pública, en la que debe ser incluida la salud mental. Las características de la población ingresada en los psiquiátricos y su situación asistencial eran muy conocidas en el momento de plantearse qué era lo necesario para transformar su atención. La perspectiva era el asilo, la locura y la situación del loco. Así, en el documento se detallan puntos necesarios para transformar el hospital psiquiátrico ("democratización a través de órganos de gestión autogestionarios", "generalización de asambleas de enfermos y personal donde se

discuta y decida todo lo que afecte a la vida del centro", "restitución de los derechos del enfermo", "creación de estructuras de funcionamiento como clubs de enfermos, hospitales de día, hospitales de noche, talleres protegidos, viviendas protegidas"). No cabe decir lo mismo de la población atendida en las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social que, salvo excepciones (Tizón, 1986), no estaba adecuadamente estudiada, no solo por la ausencia de cultura y herramientas epidemiológicas, sino porque, como en otros procesos de reforma, lo prioritario era la transformación de los hospitales psiquiátricos. El cambio en la demanda que supondría la apertura a la comunidad no estaba tematizado en 1978, y se confiaba en que esta se resolvería con intervenciones preventivas escasamente formuladas e inspiradas en los principios de la psiquiatría preventiva inglesa. Rendueles, en un trabajo posterior de 1982, describe el problema de la demanda masificada y medicalizada de las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social: "La proporción de enfermos tratados en el manicomio y sus satélites no llega a la décima parte de los tratados en los ambulatorios de la Seguridad Social… donde la demanda es máxima y donde las respuestas terapéuticas son mínimas" (Rendueles, 1982: 49).

Fruto de estos años es la ponencia presentada en el XV Congreso de la AEN de 1980 celebrado en Madrid, coordinada por Manuel González de Chávez, titulada La transformación de la Asistencia Psiquiátrica y que inauguraba la colección de libros de la asociación (González de Chávez, 1980). Se trata de un valioso documento de 805 páginas en el que se recoge la continuidad entre la memoria de las experiencias abortadas de transformación manicomial de los años setenta, el análisis de la situación de la asistencia a finales de la década y las propuestas de transformación que la asociación estaba elaborando, con la mirada puesta en las experiencias internacionales ya desarrolladas (particularmente inspiradora era la desarrollada por Basaglia en Italia). Se puede considerar un libro de transición en el que aún se puede ver el poso de las posiciones más utópicas, de inspiración antipsiquiátrica o antinstitucional que venían de la Coordinadora, todo ello en el contexto de incertidumbre y toma de posiciones políticas de los primeros años de la Transición, donde la posibilidad de una transformación social y política más radical todavía estaba viva en el imaginario de parte

de la izquierda. Así, en la introducción, González de Chávez escribe: "Nuestro esfuerzo no va solo por integrar la salud mental en un servicio sanitario para todos los ciudadanos y riesgos y en toda su continuidad asistencial, sino también por superar la fragmentación, el individualismo y el tecnicismo que subyace como ideología de toda la medicina capitalista. Y también de la poscapitalista" (González de Chávez, 1980b: 71).

Igualmente, en el epílogo del libro, escrito por Juan Antonio Fernández Sanabria, titulado "Notas para una Psiquiatría Alternativa", se puede ver la todavía vigencia del pensamiento y lenguaje crítico de la Coordinadora y la vinculación que se establecía entre la superación del manicomio y el cambio político:

> Debemos oponernos a todo tipo de neutralismo, como es la separación de la teoría y la práctica psiquiátrica respecto de lo social y lo político, a concebir el territorio sobre el que se trabaja como un lugar geográfico aséptico, privado de o vaciado de los conflictos de clase, como un lugar apolítico de operatividad técnica.
>
> […] pensamos que la lucha contra el manicomialismo no es no el "mejoramiento asistencial", ni la "humanización del ambiente hospitalario", ni la "liberación institucional"; es algo más complicado y profundo, como la refutación de la lógica institucional y los mecanismos concretos que la funda, la desmitificación de la falsedad psiquiátrica, extrayendo la ideología que rellena la fisura de la doctrina psiquiátrica; la construcción de una práctica alternativa basada en relaciones institucionales auténticamente democráticas y liberadoras (Fernández Sanabria, 1980: 800).

Pero la ponencia trata de establecer, sobre todo, un marco pragmático de lo que la AEN considera que deben ser los puntos programáticos de la nueva organización de la asistencia psiquiátrica que la Administración debería acometer. Así, en el tercer capítulo del libro se puede ver el modelo de asistencia que la AEN propone: un modelo comunitario, basado en los principios de la salud pública, integrado en las estructuras sanitarias de un nuevo Sistema

Nacional de Salud, territorializado, con un conjunto coordinado de dispositivos comunitarios multidisciplinares y una gradual transformación de los hospitales psiquiátricos. Conocedores ya de la deriva de los procesos de reforma que se habían realizado en otros países (aggiornamiento, tecnicismo, recuperación por parte del poder psiquiátrico académico de los circuitos asistenciales, dificultades de continuar las experiencias transformadoras una vez negado el manicomio, utilización de los nuevos recursos comunitarios al servicios de las relaciones de dominación), se hacen una serie de advertencias, que leídas cuarenta años después resultan premonitorias de mucho de lo sucedido en el devenir de la reforma española:

No compartimos la convicción según la cual basta trabajar fuera del hospital para producir una psiquiatría alternativa, no creada para profundizar en el significado de esta última, a nivel de un lugar formal de operatividad, sino excluyendo el hecho capital de que la alternativa se cualifica esencialmente por los contenidos (alternativos) que expresan y por los usos (alternativos) de estos contenidos, por tanto, más allá de su "lugar" (Fernández Sanabria, 1980: 799).

Asistiremos a un progresivo dilatarse de la noción de enfermedad y restringirse el de normalidad. A un fuerte desarrollo tecnológico, que contraste con el verdadero trabajo científico. A una psicologización de las contradicciones sociales (Fernández Sanabria, 1980: 797).

Aunque el grueso del libro está dedicado a los aspectos organizativos de la asistencia, en los anteriores textos extraídos se puede ver que la cuestión de la epistemología de la enfermedad mental, la ideología psiquiátrica, el papel de los "expertos" y de la(s) técnica(s) subyace de forma no resuelta en esta construcción del discurso de la reforma (Desviat, 1980). La heterogeneidad del pensamiento crítico, en sus narrativas teóricas y prácticas, encontraba coherencia encuadrándose en un modelo salubrista en oposición al modelo custodial y médico que sustentaba la

psiquiatría académica oficial: “El divorcio entre la psiquiatría oficial, académica y el grueso de los profesionales que intentan renovar la psiquiatría española es un hecho irreversible. No engañemos. La psiquiatría se renovará teórica y asistencialmente en contra de los primeros” (Desviat, 1980: 695).

El papel reservado a la técnica en la nueva organización de la asistencia se planteaba ya entonces como problemático: la crítica al poder del manicomio de los años sesenta encerraba también un cuestionamiento a los saberes que lo justificaban, pero elaborar una teoría alternativa coherente y unas técnicas al servicio de la reforma solo se podía enunciar como objetivo, como una tarea a construir: “La cuestión fundamental no está aún resuelta. La cuestión de situar la psiquiatría, teórica y técnicamente, como ideología y como práctica en el cambio social” (Desviat, 1980: 703).

Ante la pasividad de la academia psiquiátrica y la inacción de la Administración central, la AEN, convertida ya en una asociación multiprofesional, se consolida como el colectivo profesional con propuestas pragmáticas para la nueva organización de los servicios. Las propuestas de la AEN fueron, en mayor o menor medida, uno de los marcos de referencia para la discusión sobre el proceso de la reforma. De la AEN y de su entorno cercano salieron algunos de los cuadros técnicos de los procesos de reforma psiquiátrica y de los cambios legislativos que se dieron en España a partir de los años ochenta del siglo pasado. Lo mismo sucedió con muchos de las lideresas de movimientos vecinales y de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, que se convirtieron respectivamente en las técnicas de los ayuntamientos democráticos y de la reforma sanitaria socialista. En el editorial de la recién estrenada Revista de la AEN de 1981 podemos leer: “Es ahora, sin duda, cuando el potencial acumulado de la experiencia de los profesionales de la salud mental, rotas las limitaciones de la inmediatez activista y las concepciones necesariamente dogmáticas, puede desarrollarse, venciendo su inevitable complejo de inferioridad, y empezar a crear, a reflexionar sobre su práctica” (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1981: 3). A la vez que advierte: “A veces parece que las concepciones de la psiquiatría tradicional, que se mantuvo siempre aislada del grueso de la asistencia, se perpetúan introduciéndose en los cuerpos doctrinales de los nuevos centros de

poder de la Administración democrática" (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1981: 3).

La institucionalización de la reforma: las primeras experiencias de reforma en las nuevas administraciones democráticas

Las elecciones municipales de 1979 son clave para la asistencia psiquiátrica, ya que los partidos de izquierdas llegan al poder en las diputaciones provinciales de las que dependían los hospitales psiquiátricos, cantera principal de las profesionales críticas. En espera de un cambio del Gobierno central que pudiera dar una coherencia legislativa al cambio, se empiezan a realizar a nivel regional ensayos de procesos de reforma que, a diferencia de los ocurridos en los años setenta, son impulsados desde la propia Administración donde se mezclan profesionales cercanas a la AEN con nuevas técnicas que vienen del PSOE y, en menor medida, del PCE. Es en esta etapa y en la del primer mandato del PSOE en el Gobierno central cuando se produce una mayor convergencia entre la AEN y las administraciones. Sobre esta convergencia se publicaron varios textos en los años noventa que polemizaron sobre el alcance de esta "colaboración" (Rendueles, 1997; Desviat, 1999). Rastreando los informes, editoriales y debates de la Revista de la AEN de los primeros ochenta se puede encontrar más sobre un discurso que oscila entre la colaboración puntual, la crítica matizada, la aprobación de los logros y el desencanto por los fracasos y las insuficiencias.

Desde estas primeras diputaciones provinciales se llevan a cabo varios tipos de actuaciones. Por un lado, se realizan los primeros intentos de planificación de la asistencia psiquiátrica como la creación, durante el periodo 1981-1984, de diversas estructuras administrativas para la gestión de la salud mental (IASAM en Andalucía, INSAM en Madrid, Dirección General de Salud Mental en Asturias y en Valencia). Por otro lado, se retoman los proyectos de transformación asistencial de algunos de los hospitales psiquiátricos provinciales y aparecen experiencias de centros comunitarios de

salud mental impulsados desde los ayuntamientos. El alcance y desarrollo de estas primeras experiencias es muy desigual entre las distintas regiones en función de composiciones de poder particulares de cada zona, el grado de apoyo político y las limitaciones de no gestionar los dispositivos dependientes de la Seguridad Social, pero comienza a conformar un escenario de cambio:

En cualquier caso, respecto a la Salud Mental, la integración funcional de recursos y el desarrollo de programas locales ha de convertirse, a pesar de la resistencia o falta de proyectos a nivel central, en situaciones de hecho. Quizá así estemos estructurando el modelo de Salud Mental a la inversa y la confluencia de programas autonómicos y municipales determinará las normas y el proyecto global ahora ausente. O quizá el Ministerio, ocupándose del tema, pueda intervenir a tiempo y contribuir a armonizar este proceso (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1983: 3).

Sin embargo, la AEN toma conciencia de que el cambio asistencial va a encontrar también importantes resistencias, incluso con los socialistas, y aparecen las primeras decepciones. Los proyectos de reforma de algunos hospitales psiquiátricos provinciales como los de Sevilla o Jaén, liderados por psiquiatras de la AEN, acaban siendo abortados en 1983 por la Administración socialista, alarmados por el revuelo mediático que supuso “sacar los locos a la calle” (El País, 1983; González Duro, 1983). Aunque quizás el hecho más simbólico de las dificultades que se iban a encontrar las que pretendían cerrar los manicomios sea el caso del muro del Hospital Psiquiátrico Bétera, donde las autoridades de la Diputación socialista de Valencia, en contra de la opinión del personal del centro, construyeron en 1981 un muro que pretendía acabar con el problema de las fugas de internas:

Dos mil seiscientos metros, cuarenta y dos millones de pesetas. Metro y medio de altura y veinticinco centímetros de espesor,

cimentado con hormigón armado y un cerramiento de mallazo electrosoldado de metro y medio más de altura, que terminará con alambre de espino. Cuatro metros de muro para ocultar la locura a (de) los ciudadanos… En la situación de la salud mental de nuestro país nos demuestra con claridad las contradicciones entre las declaraciones de principio, los presupuestos teóricos y técnicos por todos aceptados, políticos y técnicos —¿quién no expresa hoy repulsa por los encierros asilares?— y las prácticas de gobierno, la política real de la gestión psiquiátrica (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1981: 2).

La Revista de la AEN es un espacio donde se pueden rastrear los intensos debates, muchas veces enconados y personales, que se produjeron con estos primeros intentos de reforma ya dentro de un marco de política sanitaria, aunque sea a nivel local. Lo publicado tiene interés tanto para comprender cómo se va configurando el discurso de la reforma de la asociación en su aspecto técnico como de toma de posiciones con el poder político, representado en aquellos años por un pujante PSOE, que desde el poder local se preparaba para conquistar el Gobierno central, al que finalmente llega en octubre de 1982. En las revisiones hechas por las propias protagonistas de estos años se resaltan las cuestiones relativas a las dinámicas de poder, pero se ha analizado poco el debate técnico respecto a los distintos modelos de cómo lograr la transformación de la asistencia y las implicaciones que este tuvo en el documento final de la reforma psiquiátrica y que se podrían resumir en tres vías:

1. La primera trataba de crear una red de dispositivos ambulatorios alternativos a la hospitalización psiquiátrica cercanos a la comunidad y propone que la hospitalización psiquiátrica se haga en los hospitales generales. En esta perspectiva, los recursos alternativos ambulatorios no pueden partir del hospital psiquiátrico, sino que deben tener dedicación plena, ya que si no se correría el riesgo de perpetuar las prácticas manicomiales en la comunidad. El hospital psiquiátrico quedaría como un residuo de pacientes crónicas que debe eliminarse, pero a cargo de los servicios sociales:

Consecuentemente, dentro de un pleno desarrollo del modelo, el hospital psiquiátrico desaparece al ser vaciado de sus funciones asistenciales. Ahora bien, hay que tener en cuenta que si la función "hospitalaria" que realiza (tratamiento de episodios agudos o subagudos) es llevada a cabo por servicios extrahospitalarios o se traslada al hospital general, también la función asilar —en muchos casos la más importante— ha de ser suplida por alternativas más adecuadas, responsabilidad que en su gran mayoría habrá de recaer por su propio carácter sobre los servicios sociales (Muñoz, 1983: 75).

Esta estrategia se correspondería más o menos con las propuestas seguidas por algunos de los institutos de salud mental recién creados (por ejemplo, el INSAM de Madrid) y, en grandes líneas, con el documento de asistencia de salud mental del Cuaderno de Acción Social nº 10 del PSOE (Secretaría Federal de Acción Social, 1980). Este documento, elaborado por técnicas del partido con cierta relación con la psiquiatría académica (muchas de las cuales no eran conocidas por parte del movimiento crítico), fue recibido con desconfianza por parte de la AEN:

Una serie de experiencias parciales, poco coordinadas entre sí, multiplican la confusión, con el telón de fondo de unas líneas programáticas contradictorias del primer partido de la oposición, del PSOE, que cuenta con la gestión de buena parte de la psiquiatría local. El Instituto Provincial de la Salud Mental de Madrid, erigido en centro de la política de salud mental de los socialistas, entra públicamente en polémica con experiencias realizadas en Diputaciones de gobiernos de izquierda: Málaga, Jaén, Sevilla (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1982: 2).

2. La segunda corresponde con profesionales que venían de trabajar en los manicomios de las diputaciones provinciales, de la AISNA o de las órdenes religiosas concertadas, y que eran el grueso del movimiento crítico antinstitucional de los setenta. Es, quizás, la

posición más cercana al primer documento de la Comisión de Asistencia de la AEN antes mencionado. Para estas, la eliminación del hospital psiquiátrico debe seguir siendo el objetivo central de la reforma. En el cambio debe participar el propio dispositivo asilar en conexión con la nuevas estructuras extrahospitalarias que se vayan creando. El temor era que desarrollar una serie de recursos comunitarios en paralelo, sin relación con este dispositivo custodial, no haría sino perpetuarlo, disociando una vez más la problemática de lo agudo y lo crónico, lo social de lo clínico, y fabricando así una nueva cronicidad que los psiquiátricos, sin transformar, acabarían recogiendo. Incidían por tanto en la necesidad de los procesos de desinstitucionalización: "[…] un seudocambio. Un intento de transformación que no tiene en cuenta las necesidades de la comunidad, que crea estructuras y servicios que no se coordinan ni se integran con los existentes, intento de huir del manicomio y negarlo sobre el papel, lo eterniza al mantenerlo como fondo de saco en el que el resto del dispositivo asistencial evacua sus contradicciones" (González Álvarez, 1982: 95).

3. La tercera vía, más minoritaria y rupturista, de inspiración basagliana, la podemos encontrar en las propuestas de los centros de higiene mental que a modo de cooperativas se habían creado en Barcelona en 1978 por iniciativa de un grupo de profesionales con la colaboración del movimiento vecinal (Irisarri, 2017). Se enfatiza la importancia de mantener alejada a la población tanto de los hospitales psiquiátricos como de los hospitales generales, dado que se consideran poco afortunadas las respuestas que tanto unos como otros dan a la problemática psiquiátrica entendida, en términos sociopolíticos, como un producto histórico indisociable de las relaciones de producción. Esta tercera vía preconiza la creación de centros polivalentes (con camas para situaciones de crisis) que cumplirían en sí mismos la misión de prevenir y asistir los trastornos en el mismo sitio en el que aparecen (la propia comunidad), interviniendo en las situaciones de crisis que propiciarían el desvelo de las contradicciones sociales. El corto recorrido de esta propuesta alternativa encuentra el límite, como otros activismos rupturistas autogestionados, cuando deben decidir cuál es su lugar respecto a la Administración a la que tienen que acudir para sostener el proyecto y en una visión idealizada de la comunidad como sujeto político.

Como se puede apreciar, el discurso inicial de la reforma pivota alrededor del hospital psiquiátrico y la población por él atendida. Desde un objetivo común de plantear una alternativa psiquiátrica de base comunitaria, las estrategias respecto al cambio y el lugar desde donde transformar el manicomio divergen. El término "comunitario" remite a significados distintos según quién lo utilice: en unas ocasiones se refiere simplemente al conjunto de servicios extrahospitalarios propuestos, y en otras es un concepto más amplio que hace referencia también a un trabajo en la "comunidad", pensada en términos de las estructuras institucionales e informales de cada barrio, que se presuponían estables y sobre las que era posible intervenir. La vía que toma cada proceso local, sin embargo, parece depender más de la configuración de los dispositivos autonómicos ya existentes y de las dinámicas de poder profesional y político de cada autonomía. En lo que sí había una coincidencia general era en la necesidad de un marco legislativo estatal que abordase tanto la integración de la psiquiatría en la asistencia sanitaria general como el marco jurídico de las enfermas mentales y la formación de las profesionales.

La cristalización de la reforma psiquiátrica: el documento de la reforma psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad

En esta etapa ya avanzada de la Transición, los partidos políticos de la izquierda parlamentaria han aceptado el nuevo marco institucional que acota la posibilidad de un cambio más radical de la sociedad. El Partido Socialista ha renunciado al marxismo, los comunistas han aceptado la monarquía parlamentaria y los sindicatos optan por la negociación institucionalizada. Los grandes análisis ideológicos retroceden. Igualmente, el discurso de la reforma psiquiátrica se va atemperando de los planteamientos ideológicos de la década anterior y adquiere un carácter más técnico al centrarse en los aspectos organizativos de la asistencia. Este proceso de institucionalización del discurso de la reforma psiquiátrica se puede entender como un producto tardío de la Transición. Se trataba de un proyecto técnico "pactado" de

ingeniería social progresista en el horizonte de la ilusión, que todavía se tenía a principios de los ochenta, de construir un Estado de bienestar moderno de inspiración socialdemócrata, que reparaba supuestamente los efectos de las contradicciones sociales del capitalismo con políticas públicas. Pero como otros productos de la Transición, no supuso una ruptura con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales, ni de sus mecanismos de perpetuación. En 1983 se constituye la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en la que figuran algunas de las profesionales de la AEN, próximas al PSOE, y nuevas técnicas venidas del propio partido. Era una comisión integrada exclusivamente por profesionales (el movimiento asociativo de familiares estaba en proceso de constituirse como grupo de presión), en su mayoría psiquiatras. El discurso de las profesionales que se había ido conformando en relación con la transformación asistencial se tradujo (con sus límites) en el Informe para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) que elaboró la comisión y que es presentado por unas de sus técnicas como fruto de un pacto y un compromiso de las distintas fuerzas que operaban en la salud mental:

Se trataba de un grupo de profesionales elegido en base a su pluralidad y complementariedad. Estaba representado el mundo académico a través de José Guimón, que mantenía un perfil de cierta independencia dentro del mismo, el mundo de la psicología, que empezaba a emerger y no se parecía, por tanto, a la situación actual, a través del Colegio Oficial de Psicólogos y el mundo del psicoanálisis y de la psiquiatría de hospital general con José Rallo. También estaba representada la Administración sanitaria a través de Francisco Torres, viceconsejero en Andalucía. Y la psiquiatría infantil a través de Fede Menéndez, en ese momento uno de los profesionales que “más guerra” daba sobre el tema. Y estaba Pepe García, responsable de la salud mental de Asturias, que había iniciado en el año 83 la primera experiencia de formación postgraduada de los psicólogos clínicos, años antes de que se planteara su regulación a nivel nacional (Espino, 2005: 29).

La institucionalización de la reforma psiquiátrica alcanzó su máxima expresión con la inclusión en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (LGS) de las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986). El principal logro de esta ley fue, quizás, en el plano de los derechos, al considerarse "la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales". Esto, junto a la reforma del Código Civil con la Ley 13/1983 —que pasó a regular la protección jurídica de la enferma en caso de internamiento en contra de su voluntad garantizando una tutela judicial de la misma—, supuso un importante avance respecto a las décadas anteriores en el camino por la recuperación de los derechos como ciudadanas de las enfermas mentales. Este cambio del Código Civil fue producto en gran medida del trabajo que llevaban realizando grupos de psiquiatras y abogadas, reunidos en torno a la Comisión de Legislación de la AEN, que apostaron por no hacer una legislación específica de salud mental que sancionara la excepción psiquiátrica.

La nueva organización de la asistencia psiquiátrica de la LGS determinaba "la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general" y planteaba un modelo comunitario de atención. Se desarrolló en paralelo con las reformas de la atención primaria y la salud pública. Con ellas compartía objetivos, valores, estrategias y lenguaje (Desviat, 1994). El objetivo de las reformadoras era crear un nuevo modelo sanitario, un Sistema Nacional de Salud, de cobertura universal, que superara el asistencialismo hospitalocéntrico, cuya mirada transcendiera la visión individual para centrarse en las necesidades de la población, con servicios cercanos que tuvieran en cuenta las intervenciones preventivas, curativas y rehabilitadoras. La Declaración de Alma-Ata de la OMS (OMS, 1978) era inspiradora de los discursos que compartían. Esta declaración entendía la salud como un "instrumento para el desarrollo social y económico de los pueblos", enfatizaba la necesidad de una participación comunitaria efectiva y promovía el uso racional y apropiado de las tecnologías médicas. La salud mental comunitaria se conforma así en el imaginario de las reformadoras como un nuevo espacio técnico donde las prácticas,

libres ya de la ideología de la psiquiatría asilar, cumplirían una función positiva de reparar lo dañado, prevenir y promocionar la salud. La crítica a la psiquiatría como falsa ideología científica justificadora de una forma de control social va desapareciendo en la medida en que se ve posible la desaparición del manicomio.

Si la salud es un bien social, colectivo (y la filosofía asistencial se basa en la universalización de la asistencia, la atención integral, la prevención y la promoción de la salud), el concepto de "enfermedad" obligadamente tiene que superar la visión individual del riesgo y centrarse en un sentido positivo de conseguir la salud. Engel (1997) propone su conocido modelo biopsicosocial para entender el proceso de salud y enfermedad, no solo restringido al campo de la salud mental. Las premisas del modelo biopsicosocial fueron adoptadas por la retórica de las reformas de atención primaria y salud mental. Pero conviene recordar que Engel formuló este modelo como respuesta a la pujante biomedicina que ya asomaba a finales de los setenta. Sin embargo, en este clima de optimismo reformador todavía no se veía muy bien el poder de estas fuerzas emergentes:

[…] La reforma de la sanidad conlleva una renovación de los presupuestos epistemológicos que la sustentan, abriendo nuevas formas de pensar la salud y la enfermedad. De lo contrario, podremos construir, en el mejor de los casos, un aceptable edificio: el Servicio (Sistema) Nacional de Salud, para seguir haciendo, con la salud y las personas usuarias de los servicios, poco más o menos lo mismo (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1984: 311).

El modelo de salud mental comunitaria propuesto se inscribía en los discursos salubristas de las políticas sanitarias y sociales del llamado Estado de bienestar. En el imaginario de estas propuestas de ingeniería social estaba un modelo ecológico en el que las necesidades de salud de una población definida en relación con un territorio podían hacerse predecibles y controlables actuando sobre el ambiente (familia, trabajo, barrio, comunidad) y en el que el

equilibrio y la estabilidad eran valores alcanzables. La protección social, a través de los seguros de desempleo, pensiones, servicios sanitarios y sociales públicos, educación universal, etc., era, en primer término, la respuesta institucionalizada a la desigualdad e inestabilidad del primer capitalismo, que amenazaban la propia viabilidad del sistema (Sennett, 2003). Pero, además, constituía la propuesta burocrática (en sentido positivo) más estructurada para sustituir la tradicional ayuda cercana, basada en el grupo primario, que la sociedad moderna hacía inviable sobre todo en las poblaciones más desfavorecidas (Castel, 1997). Esta expansión del Estado se empieza a cuestionar ya en los años sesenta desde posiciones en principio antagónicas. Por un lado, desde las pensadoras críticas con las instituciones totales que ven en esta burocracia un peligro para el yo libre y, por otro lado, desde las ideólogas de la economía liberal que ven en él una rémora para las potencialidades económicas de la persona. Finalmente, las últimas se imponen. El discurso comunitario idealizado se empieza a resquebrajar como valor hegemónico en los países occidentales ya desde finales de los años setenta con los cambios sociales y culturales que las nuevas formas de producción y organización económica neoliberal traían. La desinstitucionalización del manicomio se acompaña de la desinstitucionalización de la protección social pública.

La configuración de la salud mental comunitaria en el neoliberalismo

La implementación de las estructuras asistenciales que proponía la reforma, una vez sancionada por la LGS, tuvo ritmos y resultados desiguales a lo largo del Estado, en función de variables locales y del proceso de transferencias sanitarias a las CC AA. Pese a estas importantes diferencias, teniendo en cuenta el punto de partida de la asistencia psiquiátrica, se acepta que se produjo una transformación sustancial del sistema de atención a la salud mental, aunque no logró cerrar muchos de los hospitales psiquiátricos. Existen numerosos trabajos que hacen un balance de los logros,

desaciertos e insuficiencias de la reforma desde la óptica del desarrollo de los servicios (Pérez, 2006; Espino, 2005) y no es el objetivo de este capítulo resumirlos. Aun así, señalaremos que estos trabajos se centran más en analizar las insuficiencias internas derivadas de la falta de desarrollo de los servicios, de la escasa financiación y de los problemas organizativos de la burocracia sanitaria. Aunque introducen elementos externos de análisis de la coyuntura política y económica en la que se tuvo que desarrollar la reforma (como la introducción de los mecanismos de mercado en sanidad, el gerencialismo, la medicalización o la influencia de la industria farmacéutica), generalmente son nombrados para explicar los problemas sobre la "organización" y no tanto los problemas de "lo organizado", es decir, de los contenidos, desde las prácticas hasta la nueva configuración de poder de la salud mental. La reforma produjo un cambio importante en la planificación y gestión de los servicios pero, al final, no supuso una revisión de las creencias claves en torno a la salud mental; se desarrolló dentro de los límites que le permitieron las condiciones políticas y culturales de producción de enfermedad mental y de la (ahora) gestión de la misma en el contexto de la hegemonía ideológica del neoliberalismo.

Existe un hilo narrativo dominante en el relato de la reforma que presupone una continuidad entre el discurso del movimiento crítico de los años setenta, el tecnocrático de su institucionalización en los ochenta y su asimilación por la psiquiatría académica y la política sanitaria. Sin embargo, este hilo eclipsa otras continuidades discursivas marginales, que permanecieron entre paréntesis durante los años de producción legislativa y de optimismo por los cambios sociales y políticos y que reaparecen en los noventa en forma de desencanto y pesimismo, en pleno auge del neoliberalismo:

Hoy en día, una conjura vil del positivismo, en forma de reducción biológica, conductual y pragmática de todas las manifestaciones de la locura, está a punto de narcotizar la clínica, convirtiendo nuestro oficio en una caricatura irreconocible (Consejo de Redacción de la Revista de la AEN, 1994: 387).

De este modo, renuncia a renuncia, las mutilaciones sufridas por

aquello que más define nuestra práctica nos han conducido al malestar actual, pues a medida que prescindimos de nuestras diferencias nuestros instrumentos terapéuticos se degradan, creciendo la insatisfacción. La subordinación al modelo hegemónico ha producido una pérdida de identidad y de representación propias. De Salud Mental, hoy, saben otros: gestores, tecnócratas, economistas… Las exigencias que impone el sistema sanitario, espúreas (sic.) a la clínica, se han visto incrementadas por la caída del Estado de bienestar, y aparecen sospechosamente coincidentes con los intereses mercantilistas de la industria farmacéutica y la vocación privatizadora del actual poder político, la enfermedad mental ya no se trata, porque no se cura, sino que se gestiona sine die… una estructural iatrogenia que postula en la base de una parte de la nueva cronicidad (López Mondéjar, 1999: 390).

En estos y otros textos de la Revista de la AEN que aparecen a partir de mediados de los noventa se puede ver el desencanto por la configuración que están tomando las prácticas de la nueva salud mental comunitaria. La reforma fue un producto técnico más en el horizonte de la construcción de un Estado de bienestar, pero su desarrollo fue perfectamente asimilado por la lógica neoliberal. El neoliberalismo como nueva organización del capitalismo ha sido analizado desde la sociología por distintos autores, incidiendo todos ellos en la profunda transformación de la vida social que ha conllevado (Sennet, 2000; Castel, 1997). No solo cuestiona las instituciones sociales protectoras del Estado de bienestar (seguros de desempleo, pensiones públicas, prestaciones sociales, sanidad, etc.), sino que se expande como una razón que atraviesa todas las esferas de la existencia humana, que conforma las relaciones sociales, que "hace mundo", que crea nuevas subjetividades presididas por una lógica de competencia. El poder neoliberal no es, por tanto, solo un poder represivo, sino que es un poder creador de subjetividad, un poder seductor en que la razón general de la competencia que preside la economía se introyecta en cada persona y en las instituciones sociales (Laval y Dardot, 2013). Una sociedad formada por empresarias de sí mismas, eficientes calculadoras, flexibles, que asumen riesgos en lugar de esperar que las proteja la comunidad o el Estado extiende las tecnologías de control al

interior de las propias personas: es la prevención respecto de los propios riesgos y respecto de los que encarnan los otros. Es decir, la individualización de esta modernidad neoliberal sería el resultado, en primer lugar, de la retirada de las instituciones sociales a través de las cuales la persona solucionaba colectivamente los riesgos y contradicciones de la vida social moderna y de una nueva configuración de la sociedad y de la subjetividad presidida por la lógica empresarial. El resultado de estas políticas ha sido una creciente desigualdad. Desde esta perspectiva, a las políticas públicas no les compete reducir esta desigualdad, sino promover la responsabilidad individual. La mirada pasa de lo social a lo individual. La "comunidad" imaginada en los tiempos de la reforma se hace ya del todo irreconocible.

El desarrollo de la reforma sanitaria y psiquiátrica en nuestro país está condicionado y limitado por este profundo cambio económico y social que se estaba dando globalmente. La salud mental comunitaria se aleja de sus objetivos iniciales para adquirir una nueva configuración atravesada por la razón de mercado que determina su organización asistencial, su función social y, en último término, la construcción del conocimiento psiquiátrico. Es un fenómeno ya globalizado, y aunque pueda haber algunas diferencias entre distintos países (o dentro de las propias CC AA en nuestro país), las principales características no difieren. Podemos intentar analizar algunos aspectos de esta nueva configuración sin ánimo de querer abarcar todos. Aunque presentados de forma separada, todos ellos aparecen interrelacionados.

La organización asistencial

Como hemos visto, la reforma psiquiátrica supuso la integración de la atención psiquiátrica (ahora salud mental) dentro de la atención sanitaria general, lo que acabó con la tradicional marginación en la que se encontraba. Sin embargo, la integración en las estructuras sanitarias generales convirtió la salud mental en una "especialidad médica" más. Su modo de organización se tuvo que integrar en la lógica jerárquica hospitalaria, diseñada para tratar procesos agudos

y con gran peso en lo tecnológico. El objeto de la salud mental, los tiempos de tratamiento, los equipos multidisciplinares y la importancia de la coordinación con otras instituciones se adaptaron mal a esta lógica y perdieron su especificidad. Durante los años noventa, las estructuras sanitarias pasaron a gestionarse con modelos provenientes de la gestión empresarial, lo que se ha denominado "gerencialismo". El discurso ideológico de la reforma se vio necesariamente sustituido por un discurso técnico en el que se buscaban instrumentos de gestión y organización para dotar de una mayor "eficiencia" y "efectividad" al sistema. Los nuevos referentes semánticos que aparecen a lo largo de esa década de los noventa son bien distintos a los previos: coste-efectividad, racionalidad, protocolización, cartera de servicios, contrato-programa, carrera profesional, gestión clínica, medicina basada en la evidencia, procesos asistenciales, control de gastos, etc. Los problemas de salud mental resultan procesos complejos para la aplicación de estas herramientas de racionalización y formalización de las prácticas por las dificultades intrínsecas que presentan en cuanto a su definición, delimitación y evaluación de los resultados. La tecnología de la gestión se enfrenta así a un objeto cambiante que se deja gobernar mal. El hospital general se convierte, de forma no prevista, en el nuevo centro de poder y saber, no solo por la jerarquía de las jefas de servicio, sino porque impone la lógica de su modelo en los nuevos centros de salud mental organizados en torno al acto clínico de la consulta. Todo lo que excede el ámbito de la consulta se hace invisible para las gestoras (Asociación Madrileña de Salud Mental, 2014). Este modelo asistencialista configura no solo los servicios, sino también la mirada sobre los problemas de salud mental a los que se les intenta acoplar una respuesta técnica. Las intervenciones comunitarias, que nunca se conceptualizaron bien, se convierten en una utopía.

Pero, además, el objetivo de la estrategia neoliberal, en último término, es liberalizar el mercado sanitario, su mercantilización. Se trata de una doble estrategia. Por un lado, el cuestionamiento de la universalidad de las prestaciones sanitarias deteriorando los servicios públicos y potenciando el aseguramiento privado en determinados sectores de la clase media. Por otro lado, introduciendo mecanismos de mercado en la sanidad pública, a través de la privatización de los proveedores que compiten en

captar clientes rentables. La planificación basada en las necesidades de una población adscrita a un territorio se sustituye por mecanismos de elección individual, en los que la paciente tiene la ilusión y el deber de elegir entre la oferta de los proveedores. Los servicios básicos generalistas como la atención primaria o los centros de salud mental no venden, en comparación con servicios hiperespecializados organizados en torno a un diagnóstico. Esta lógica de mercado tiene un impacto importante en el modelo de atención de la salud mental comunitario, cuyo teórico foco era la salud poblacional. Lo mismo puede decirse de los recursos que son gestionados por los servicios sociales especializados en salud mental.

La gestión de los riesgos sociales y la fragilidad individual

El binomio ayuda-control social preside la práctica de la psiquiatría desde sus orígenes. En la época de la prerreforma, la función de control estaba representada por el hospital psiquiátrico. En la idea de los reformadores de acabar con esta institución y crear unos servicios alternativos comunitarios la balanza del binomio se decantaría por el polo de la ayuda. El objetivo era establecer un conjunto de dispositivos de ayuda en la comunidad que integrara, en vez de segregar, al "loco". Sin embargo, la reforma, en un contexto de retirada del Estado y de competencia generalizada, se acabó conformando como un dispositivo más desde el que gestionar la exclusión y la desigualdad. Las personas con problemas graves de salud mental no son rentables para un mercado de trabajo cada vez más competitivo y precario. Sin poder intervenir en los determinantes estructurales de la marginación, la lógica de la segregación se perpetúa ahora en multitud de espacios terapéuticos y rehabilitadores, y en la familia, donde se lleva una vida psiquiatrizada. La salud mental comunitaria se conforma como un nuevo espacio burocratizado, más sofisticado, de gestión de los riesgos sociales de la desviación, del que no pueden escapar los profesionales. La coerción ya no se limita al encierro en el psiquiátrico (que sigue existiendo), sino a un uso abusivo y continuo de la medicación psiquiátrica y una serie de técnicas

psicoeducativas que, desde el diagnóstico médico, introducen narrativas crónicas de enfermedad que crean una identidad alienada. Los discursos de recuperación y empoderamiento sitúan en un plano individual la carrera por salir de esta dinámica.

Pero además del control de los riesgos sociales de la desviación, los dispositivos de salud mental se hacen cargo de un conjunto de demandas no previstas que tiene que ver con la gestión de las fragilidades personales derivadas de la desigualdad y de la nueva subjetividad neoliberal (la precariedad laboral, la sobrecarga de las cuidadoras, el desempleo, el fracaso de los proyectos vitales, la ausencia de redes sociales…). El doble movimiento de la lógica neoliberal de desarticular las instituciones sociales protectoras y de convertir en un problema psicológico individual conflictos que tienen su origen en problemas estructurales sociales empuja a las personas a solicitar ayuda experta. Los conflictos, colocados en la esfera de lo íntimo, acaban psicologizados o psiquiatrizados en las consultas profesionales que, incapaces de intervenir en el origen, generan una nueva cronicidad asistencial. Los problemas de salud mental se descontextualizan de sus raíces sociales o políticas y son dejados en manos de expertos y técnicas que tratan de reparar a la paciente y actúan como muro no deseado de contención del malestar social y de reproducción del discurso dominante. Esta función social de las disciplinas de la salud mental parece actualmente insoslayable (Mata Ruiz, 2017).

El modelo biomédico

Como hemos visto, en el imaginario neoliberal, la persona pasaría a "gestionar" sus riesgos fuera de todo marco colectivo. Así, los conceptos de "salud" y "enfermedad" se individualizan; se pasa de los determinantes sociales de salud a los factores de riesgo individuales; de las condiciones de vida generadoras de salud a los estilos de vida saludables. El modelo biomédico (ahistórico, individualista, ajeno a los contextos sociales, tecnológico) se hace hegemónico, ya que, por un lado, cumple perfectamente los valores ideológicos del individualismo neoliberal y, por otro, debido su

fuerte componente tecnológico, permite a las industrias de la salud ampliar su mercado. El modelo biomédico trasciende el ámbito científico-técnico para conformar el modelo cultural de entender la enfermedad en las sociedades occidentales, ocultando así los procesos de construcción social de lo que es enfermedad o salud. Es el modelo que se impone finalmente en el marco de la globalización. Pese a la ausencia de datos empíricos o marcadores biológicos, las enfermedades mentales pasan a ser enunciadas ya como enfermedades del cerebro: no son categorías arbitrarias creadas mediante un proceso histórico y contingente de construcción social, sino más bien clases naturales objetivas similares a las especies químicas. El modelo biomédico oculta más que dice; oculta la subjetividad y los determinantes sociales de los problemas de salud mental. Establece un modelo jerárquico y vertical en el que la psiquiatra ostenta todo el saber y la experiencia de la paciente es invalidada. El sufrimiento psíquico, descontextualizado del campo social, aparece naturalizado en categorías diagnósticas para las que se proponen abordajes técnicos concretos, ya sean psicofármacos o terapias psicológicas manualizadas. El modelo biomédico, con su tecnicismo, cientificismo y estandarización, se adapta perfectamente las necesidades del mercado.

El mercado de la salud mental

En este nuevo contexto, el mercado encuentra en la salud y en la subjetividad un buen lugar donde ampliarse. El sufrimiento psíquico pasa a ser una mercancía que genera valor (Ortiz Lobo, 2004). La industria farmacéutica es uno de los agentes que participa activamente en la medicalización del sufrimiento psíquico, convirtiendo los psicofármacos en una de las panaceas más lucrativas de las últimas décadas. Su papel no ha sido solamente el de la comercialización de los psicofármacos, sino que ha sido estratégico en la configuración del discurso biomédico de la enfermedad mental, a través del control de la investigación, los lazos con la “academia psiquiátrica”, la formación de las profesionales y la financiación de asociaciones profesionales y de

usuarias (Mata Ruiz, 2003). Su estrategia no ha sido la publicidad de los medicamentos, sino vender necesidades de salud, vender enfermedades y vender la reducción del riesgo. La historia de cómo la depresión pasó de ser una enfermedad rara en los años sesenta a una auténtica epidemia en nuestros días es un ejemplo de esta alianza entre el poder psiquiátrico y la industria del medicamento (Healy, 1997). Pero no solo las farmacéuticas han sido las beneficiadas de este mercado. También toda una industria psicológica ha participado de esta medicalización del sufrimiento con la expansión de la necesidad de ayuda psicológica como guía de la buena vida: la explosión de técnicas psicoterapéuticas, la celebración del coaching o de los libros de autoayuda. El dispositivo comunitario acaba sirviendo a los intereses del mercado farmacéutico y tecnológico. Si la visión comunitaria había ampliado el objeto de intervención en un contexto de optimismo terapéutico, su medicalización abrió un mercado inagotable para los intereses de la industria farmacéutica. Este análisis no estaba tan presente en el movimiento crítico prerreforma, más centrado en el poder del Estado que en el de los mercados. Ahora mismo la industria farmacéutica es probablemente el agente que mayor influencia tiene en la creación no solo de la ideología psiquiátrica, sino del discurso social sobre la enfermedad mental.

Epílogo

Como se ha intentado explicar a lo largo de este capítulo, la salud mental comunitaria se conforma en el conjunto de países occidentales como la institución social, alternativa a la reclusión manicomial, para el tratamiento y cuidado de las personas que socialmente son designadas con algún tipo de sufrimiento mental. Como el resto de las instituciones sociales (educación, cultura, servicios sociales, sanidad), organiza unas teorías y unas prácticas que vienen determinadas por un complejo entramado de factores culturales, políticos, económicos y técnicos. La función social de la salud mental comunitaria excede su misión explícita de atención y cuidados a los problemas de salud mental; excede muchas veces de

lo que las profesionales y pacientes piensan que debería ser su tarea o el tipo de atención. Al final, la función social de las disciplinas "psi" no está determinada en su mayor parte por sus postulados científico-técnicos, sino por ese conjunto de factores. La antipsiquiatría y el movimiento antinstitucional de los años sesenta y setenta elaboró una crítica política a la función social del manicomio como espacio de reclusión de la desviación social y a la ideología psiquiátrica como encubridora de unas prácticas totalitarias. Durante la etapa del reformismo, esta crítica se puso entre paréntesis al centrarse en la construcción de una alternativa asistencial. En las últimas décadas, este tipo de análisis vuelve a aparecer coincidiendo con el cuestionamiento del sistema neoliberal y, en nuestro país, con la revisión del periodo de la Transición. A diferencia de lo sucedido en el periodo de la prerreforma, en esta ocasión, la crítica parte no solo de sectores profesionales, sino del activismo en primera persona, que desde posturas de distinta radicalidad cuestiona tanto el modelo biomédico hegemónico como el entramado terapéutico. Son críticas que establecen una continuidad con el cuestionamiento de la antipsiquiatría y ponen de nuevo el foco en los derechos como ciudadanos de los que reciben las prácticas psiquiátricas y en su reconocimiento como portadores de un saber surgido de su propia experiencia. En último término, la salud mental comunitaria es entendida como un nuevo dispositivo moderno en que las funciones clásicas del manicomio se reproducen en el entramado comunitario con nuevas técnicas y prácticas discursivas. Esta necesaria crítica abre la posibilidad de una reformulación de las prácticas actuales de salud mental que vuelva a poner el foco en los determinantes sociales y condiciones de vida de las personas con sufrimiento psíquico. Hoy, como antes de la reforma, es necesario volver a insistir en la dimensión política de la práctica psiquiátrica, cuestionarla y plantear una nueva reforma, esta vez basada en los contenidos.

Bibliografía

Asociación Madrileña de Salud Mental (2014): "Informe de la AMSM sobre la atención de salud mental en Madrid", Boletín de la

Asociación Madrileña de Salud Mental, 37, pp. 2-12.

Castel, R.

(1984): La gestión de los riesgos, Anagrama, Barcelona.

— (1997): La metamorfosis de la cuestión social, Paidós, Buenos Aires, Barcelona y Ciudad de México.

Comisión de Asistencia de la AEN

(1978): “Puntos mínimos para la Reforma Psiquiátrica”, Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1.

Consejo de redacción de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

(1981): “Editorial”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1 (0), p. 3.

— (1981): “Editorial”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1 (2), p. 2.

— (1982): “Editorial”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2 (3), p. 2.

— (1983): “Editorial: para cuándo la salud mental”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 3 (7), p. 3.

— (1984): “Editorial: salud mental versus sanidad”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 4 (11), p. 311.

— (1994): “Editorial: de nuevo Foucault”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 14 (50), p. 387.

Desviat, M.

(1980): “Las herramientas del cambio psiquiátrico: entre la integración y la ruptura”, en M. González de Chávez (coord.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, Mayoría, Madrid, pp. 630-714.

— (1994): La reforma psiquiátrica, DOR, Madrid.

— (1999): “De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. Respuesta sentimental a Guillermo Rendueles”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 19 (70), pp. 325-335.

El País

(1983): “González de Chávez no seguirá al frente de la reforma de la asistencia psiquiátrica en Sevilla”, 8 de enero.

Engel, G. L

. (1977): “The need for a new medical model. a challenge for biomedicine”, Science, 196 (4286), pp. 129-136.

Espino, A.

(2005): “Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”, en A. Espino (coord.), La atención a la salud mental en España, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha y Ministerio de Sanidad y Consumo, Toledo.

Fernández Liria, A.

y

Diéguez, M

. (1988): “La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales”, Revista de Administración Sanitaria, 5, pp. 85-102.

Fernández Sanabria, J. A

. (1980): “Notas para una psiquiatría alternativa”, en M. González de Chávez (coord.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, Mayoría, Madrid, pp. 797-800.

González Álvarez, O

. (1982): “En torno a una proposición no de ley socialista”, Revista

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2 (4), pp. 91-96.

González de Chávez, M

. (coord.) (1980): La transformación de la asistencia psiquiátrica, Mayoría, Madrid.

— (1980b): “Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales”, en M. González

de Chávez (coord.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, Mayoría, Madrid, pp. 13-106.

— (2003): “La generación de la democracia: de la Coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría”, Frenia, 3 (1), pp. 87-114.

González Duro, E.

(1983): “La contrarreforma de Jaén”, Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 3 (8), pp. 91-102.

Healy, D.

(1997): The antidepressant era, Harvard University Press, Cambridge.

Huertas, R.

(coord.) (2017a): Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Los Libros de la Catarata, Madrid.

— (2017b): “Psiquiatría, antipsiquiatría y movilización social”, en R. Huertas (coord.), Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Los Libros de la Catarata, Madrid, pp. 80-104.

Irisarri, F.

(2017): “Contracultura y Antipsiquiatría: el caso de Ajoblanco”, en R. Huertas (coord.), Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Los Libros de la Catarata, Madrid, pp.

162-191.

Laval, C.

y

Dardot, P

. (2013): La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal, Gedisa, Barcelona.

Lerner, G.

(1985): “Psiquiatría Democrática en crisis”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 5 (12), pp. 82-86.

López Mondéjar,

L. (1999): “Editorial: el lecho de Procusto. Especificidad y escepticismo terapéutico”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 19 (71), pp. 387-390.

Martínez Azumendi, O.

(2017): “Prensa, escrita y gráfica como catalizadora del cambio psiquiátrico en España (1966-1984)”, en R. Huertas (coord.), Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Los Libros de la Catarata, Madrid, pp. 124-161.

Mata Ruiz, I.

(2017): “Salud mental y neoliberalismo”, en VV AA, Salud mental y capitalismo, Cisma, Madrid.

Mata Ruiz, I.

y

Ortiz Lobo, A

. (2003): “Industria farmacéutica y psiquiatría”, Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 23 (86), pp. 49-72.

— (2006): “La atención a los trastorno mentales comunes”, en F. Pérez (coord.), Dos décadas tras la reforma psiquiátrica, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo

(1985): Informe de la comisión interministerial para la reforma psiquiátrica, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

—

(1986): “Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de Abril. Edición anotada”, Secretaría General Técnica de Publicaciones, Documentación, y biblioteca, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Muñoz, P. E.

y

Calvé, A

. (1983): “La reforma de la salud mental en Madrid (1)”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 3 (7), pp. 62-75.

Organización Mundial de la Salud

(1978): Atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud, OMS, Ginebra.

Ortiz Lobo A.

y

Mata Ruiz, I

. (2004): “Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado”, Átopos, 2 (1), pp. 15-22.

Pérez, F.

(coord.) (2006): Dos décadas tras la reforma psiquiátrica, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Rendueles, G.

(1997): “De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría: de conspiradores a burócratas”, en V. Aparicio (comp.), Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España, Editorial Libro del Año, Madrid, pp. 287-309.

Rendueles, G.; Menéndez de Llano, M. J.; Fernández González, C.

y

Bermejo, M

. (1982): “Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social”, Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2 (4), pp. 49-55.

Rodríguez López, E.

(2015): ¿Por qué fracasó la democracia en España? La Transición y el régimen del 78, Traficantes de Sueños, Madrid.

Secretaría General de Acción Social del PSOE

(1980): “Bases para una política sanitaria en salud mental”, Cuadernos de acción social, 10.

Sennett, R.

(2000): La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo, Anagrama, Barcelona.

— (2003): El respeto, Anagrama, Barcelona.

Simón Lorda, D

. (2017): “El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo Manicomial”, en R. Huertas (coord.), Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Los Libros de la Catarata, Madrid, pp. 15-46.

Tizón García, J. L.

(1986): “La atención primaria en salud mental: una perspectiva”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 6 (17), pp. 229-251.

Capítulo 3

Postpsiquiatría o el nuevo desafío al autoritarismo profesional*

9

Alberto Ortiz Lobo

Las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante.

K. Marx

y

F. Engels

, La ideología alemana, 1932

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, el significado que han tenido el sufrimiento psíquico, los comportamientos excéntricos, las ideas no compartidas con el entorno y el trato que se da a las personas que experimentan estos fenómenos ha sido muy variable. En los últimos siglos, desde los inicios de la medicalización de la locura hasta la actualidad, estas experiencias han pasado a ser consideradas la expresión de una enfermedad, ya sea psíquica o cerebral, lo que ha permitido el desarrollo de la psiquiatría como práctica profesional que se encarga de diagnosticarla y de tratarla. La implantación de esta perspectiva medicalizadora del sufrimiento

psíquico, aunque de entrada puede favorecer un trato más humano y de cuidado dentro del ámbito sanitario por parte de la sociedad, no resuelve la pregunta fundamental: ¿qué es la locura? (por qué, cómo se produce y qué significa). La imposibilidad de alcanzar un correlato anatómico o fisiopatológico presente en el resto de la medicina, que dé cuenta de los complejos fenómenos psíquicos, la subjetividad, los valores o los significados, conduce a la psiquiatría a convertir sus diagnósticos en tautologías que no pueden escapar de su propia retórica: "La esquizofrenia se manifiesta por alucinaciones auditivas e ideas delirantes; la presencia de alucinaciones auditivas e ideas delirantes es una esquizofrenia". Esta inexistencia de un marcador biológico que defina la enfermedad mental ha supuesto que el orden social de cada época condicione qué ciudadana es normal y quién está loca. En estas circunstancias, la psiquiatría, a diferencia de la medicina, no solo carece de un modelo biomédico que dé una respuesta convincente a la etiología, fisiopatología y pronóstico de las "enfermedades mentales", sino que, además, cumple un papel crucial como reguladora de los comportamientos que la sociedad considera anormales.

La antipsiquiatría surgió en los años sesenta del siglo pasado como una reacción ante la deshumanización en el trato a las locas recluidas en manicomios y apartadas de la sociedad. Fue un movimiento profesional que cuestionaba fundamentalmente la práctica asistencial hegemónica que permitía a las psiquiatras encerrar y custodiar a las "enfermas mentales". Pero la antipsiquiatría también propició el replanteamiento de la conceptualización de la locura y el papel del entorno familiar y social en su condicionamiento. Además, favoreció que se cuestionara el trato social que se daba a las personas con sufrimiento psíquico, llevado a la práctica por las propias profesionales, y propició cambios en su atención que tuvieron diferente impacto según los países.

La tesis central de este capítulo es que en los últimos decenios se ha desarrollado un autoritarismo psiquiátrico fundamentado en la idea renovada de los problemas mentales como enfermedades del cerebro que condiciona la práctica diagnóstica y terapéutica de las profesionales. Un autoritarismo respaldado por la idea de que la

ciencia positivista y la tecnología se han desarrollado extraordinariamente y nos están ofreciendo la respuesta —la verdad, al fin— al problema del sufrimiento psíquico. Esto ha propiciado una expansión sin precedentes de la psiquiatría y la psicología clínica que desde una práctica intervencionista descontextualiza los problemas mentales y los gestiona de manera individualizada y vertical, desarticulando la posibilidad de un planteamiento más social y participativo. En este sentido, podemos considerar el actual movimiento denominado "postpsiquiatría" y también "psiquiatría crítica" como parte de la respuesta profesional que desafía este autoritarismo cientifista perfectamente engranado con el orden socioeconómico del momento. La postpsiquiatría cuestiona el planteamiento de estas prácticas asistenciales paternalistas en un marco de cosificación del sufrimiento psíquico y deshumanización de las experiencias. Se constituye en otro intento de afrontar, en las circunstancias históricas y sociales actuales, las limitaciones de la psiquiatría a la hora de estructurar una única cosmovisión que defina la locura. Por otra parte, este movimiento profesional también enfrenta el papel de la psiquiatría como agente regulador del sufrimiento psíquico y las conductas consideradas socialmente como excéntricas o anormales a través del diagnóstico y el tratamiento.

El término "postpsiquiatría" aparece acuñado por primera vez en 2001 en el artículo fundacional de Bracken y Thomas publicado por la British Journal of Medicine: "Postpsychiatry: a new direction for mental health?". La eclosión de este movimiento profesional se produce en el marco de una práctica asistencial en salud mental condicionada por la implantación de las clasificaciones categoriales tipo DSM y CIE[10] y el modelo biomédico que las respalda implícitamente. Este ordenamiento nosológico es el terreno fértil en el que se asienta un desarrollo tecnológico basado en la comercialización de nuevos psicofármacos y la proliferación de técnicas psicoterapéuticas manualizadas y adaptadas al tratamiento de estas etiquetas diagnósticas.

La reforma comunitaria de la salud mental de finales del siglo XX, que partía de un ideal transformador en la concepción de la locura y su trato donde lo social cobraba un papel protagonista, se ha devaluado ideológicamente. La orientación decididamente sanitaria

hacia la “enfermedad” ha cambiado los muros del manicomio por los corsés diagnósticos y el intervencionismo farmacológico y psicoterapéutico. A la vez, ha pervivido cierta exclusión institucionalizada, ahora en las “unidades residenciales o de larga estancia”. El modelo biomédico subyacente mantiene una configuración paternalista en la atención, donde la profesional es la experta que sabe lo que necesita la paciente y tiene incluso el poder de obrar sin su consentimiento.

La postpsiquiatría surge como una respuesta a esta práctica instituida y se alimenta a la vez de un contexto donde renacen los movimientos sociales que cuestionan un orden socioeconómico que beneficia extraordinariamente a las grandes corporaciones y deja apartada a la población más débil. El activismo en salud mental es un elemento clave que pone sobre la mesa la necesidad de la participación de las expertas en primera persona en la organización de la asistencia y que cuestiona de manera abierta asuntos espinosos como el empleo de la coerción en sus múltiples formatos. Además, la postpsiquiatría se apoya en las ideas del postmodernismo de finales del siglo XX para cuestionar un discurso psiquiátrico que se define como verdadero desde la ciencia y que autoriza a juzgar e intervenir (Bracken y Thomas, 2005). En este sentido, algunas de las señas de identidad de la postpsiquiatría son la crítica al realismo, al reduccionismo ontológico y a la tecnologización sin crítica ni ética o, por otra parte, la reivindicación de la interdisciplinariedad teórica y la construcción del conocimiento compartido.

Con todo ello, en la actualidad se está desarrollando este nuevo relato sobre la práctica psiquiátrica que busca una atención más democrática, participativa, impregnada de las particularidades culturales y locales y que contempla las singularidades de las personas. Un relato que tiene sus propias limitaciones y contradicciones y que necesariamente tendrá que acompañarse de un cambio social si verdaderamente pretende enraizarse en el modelo de atención a las personas con problemas mentales.

Realismo, relativismo y prácticas discursivas

Los discursos psiquiátricos modernos que se han sucedido desde la Ilustración han tenido como objetivo lograr un conocimiento de las "enfermedades mentales" que sea científico. Esto significa que ha de revelar la realidad de las mismas y ofrecer certezas sobre el psiquismo humano que sean universales, atemporales y aplicables a cualquier contexto. La frenología, el psicoanálisis o la teoría sistémica son ejemplos desde diferentes perspectivas de intentar aprehender los problemas mentales, hacerlos inteligibles y poder tratarlos. Con este mismo propósito, el modelo biomédico de la psiquiatría ha alcanzado la hegemonía desde los últimos decenios del siglo pasado. La aparición en 1980 de la tercera edición del manual americano para el diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-III), la declaración de los años noventa como la "década del cerebro" y la expansión en la comercialización de nuevos psicofármacos han apuntalado una psiquiatría que se presentó amparada, por fin, en la certeza del conocimiento científico. Este estatus de "verdad" que ha favorecido su popularidad se basa en el hecho de que emplea el método científico como forma de conocimiento y sienta sus bases en la neurobiología (y el cerebro es un objeto de la naturaleza que se puede ver y tocar).

Sin embargo, esta psiquiatría biológica se mueve en cierto sentido en el mismo paradigma que el psicoanálisis y el resto de los discursos psiquiátricos modernos que se han ido sucediendo en los últimos siglos. Todos ellos parten de una ontología realista en la que existe una entidad natural y sustantiva llamada "enfermedad mental" (ya sea esquizofrenia, trastorno bipolar o cualquier otra) de la que podemos dar cuenta mediante un lenguaje neutral, transparente y unívoco. Después, cada discurso utiliza su retórica particular, ya sea el desequilibrio neuroquímico del cerebro, la falla en el aparato psíquico o los errores en el aprendizaje. Las distintas narrativas psiquiátricas modernas pretenden revelar la certidumbre sobre los problemas mentales desde diferentes conceptualizaciones y con métodos de conocimiento que pueden ser distintos, pero considerados por cada escuela como los apropiados. Desde este enfoque, la primera pregunta que se hace la postpsiquiatría es si lo que se denomina enfermedad mental es una entidad natural y sustantiva o puede ser comprendida también desde otras

perspectivas.

La idea de que no existe una realidad exterior a la que podamos acceder directamente a través de nuestros sentidos (o de las herramientas que hayamos creado para ello) no es nueva y puede rastrearse a lo largo de la historia de la teoría del conocimiento. El solipsismo ya proclamaba que las percepciones y vivencias humanas están en la cabeza y que solamente "yo existo" (ego solus ipse). El constructivismo actualizó esta perspectiva a mediados del siglo XX al afirmar que la observadora altera lo observado al aprehenderlo con su sistema nervioso y ordenarlo en su marco de referencia personal. Desde esta perspectiva, la realidad sería incognoscible, no tenemos una imagen especular de lo que hay fuera de nosotras, sino una aproximación distorsionada. Esa imagen de la realidad no depende exclusivamente de lo que es exterior a nosotras, sino que inevitablemente está condicionada por cómo la concebimos. Mientras que la concepción tradicional de la teoría del conocimiento considera la relación entre saber y realidad como una correspondencia inequívoca a través del lenguaje, el constructivismo ve esa relación como una adaptación en la que cada persona tiene su propia versión del mundo que la rodea. Con esta perspectiva sobre la mesa se puede someter a escrutinio el método de conocimiento en el que se basa el discurso psiquiátrico moderno imperante.

El método científico positivista es una forma de conocer la realidad que ha proporcionado grandes avances en el desarrollo de las "ciencias duras" como la física o la química. Trasladado a la psiquiatría, su objetivo es obtener las leyes por las cuales funciona el cerebro y que determinarían las conductas, emociones y pensamientos de las personas. Sin embargo, este planteamiento aparentemente neutro está plagado de sesgos y condicionantes que lo cargan de connotaciones políticas, sociales y económicas. El método científico, como un conjunto de procedimientos, normas, estructuras e instituciones es resbaladizo y permite una variabilidad considerable en la elección de los problemas seleccionados, paradigmas, percepciones, ajustes metodológicos y posibilidades interpretativas. Quienes hacen la ciencia son personas, no un método científico abstracto, y estas tienen intereses variados, puntos ciegos y relaciones de poder que afectan definitivamente a

los productos de la ciencia. El resultado de todas estas elecciones humanas en la ciencia es que el sesgo en los resultados científicos es necesariamente muy alto (Lewis, 2006).

A diferencia del carácter universal de las leyes físicas, la vida es un fenómeno local, contingente y de una diversidad potencial inagotable. La psiquiatría biológica da cuenta de la complejidad del sujeto mediante una reducción ontológica desde un nivel cualitativamente superior que tiene que ver con todo lo humano (valores, deseos, significados y creencias) a las interacciones entre las neuronas. Esta reducción se opone a visiones como el emergentismo, que entiende que a cada nivel de organización superior aparecen propiedades nuevas e irreductibles a las de un nivel inferior, de forma que no pueden ser deducidas de un conocimiento completo de los componentes tomados aisladamente o en combinaciones parciales (Peteiro, 2010). La psiquiatría biológica reduce la subjetividad del ser humano a lo que puede ser medible en cada momento histórico: en el siglo XIX, Lombroso calibraba los rasgos faciales para determinar el comportamiento criminal de los sujetos; en el XX, se medían los niveles de cortisol tras la administración de desametaxona para evaluar la melancolía o la monoaminooxidasa plaquetaria para estudiar la impulsividad, y en el presente el genoma va a desvelar la verdadera naturaleza de los productos mentales.

En el polo opuesto del realismo se encuentra el relativismo, que propone que no hay una única versión objetiva de la realidad. El construccionismo social considera que lo que sabemos del mundo, lo que constituye el conocimiento, es lo que se genera en la interacción entre las personas, esos campos de significados que están en constante evolución y que son permanentemente consensuados, debatidos y revisados (McNamee y Gergen, 1996). El lenguaje no reflejaría la naturaleza sin más, como se postula desde el realismo, en donde a cada significante le corresponde un objeto. En este sentido, el significante de cada palabra representa un concepto y el lenguaje funciona mediante relaciones semióticas internas y no a través de referencias externas especulares de la realidad (Saussure, 1991). La palabra “esquizofrenia” (o la palabra “árbol”) no designa una entidad concreta (o un objeto), sino que alude a un concepto que permite diferenciarlo de los demás por sus

relaciones con otros significantes. El lenguaje no reflejaría la naturaleza, sino que "construye" la naturaleza que conocemos. Desde esta perspectiva, los discursos psiquiátricos no son la correspondencia de cómo sienten, piensan y se comportan las personas que experimentan sufrimiento psíquico. Cada discurso psiquiátrico sería una construcción narrativa consensuada y debatida por un grupo social con una red de significantes distinta a la de otros discursos psiquiátricos, y que se relacionan entre sí desde las diferencias y semejanzas entre conceptos, pero no por una correspondencia unívoca del lenguaje con la realidad.

La postpsiquiatría considera que no es necesario ser un relativista radical para tener en cuenta el papel de las estructuras lingüísticas en la organización de los significados humanos y aceptar que no existe una única verdad. En el acto de conocer el mundo, lo estamos modificando e interpretando y, si esto es así en el estudio de la física, tanto más sucede en disciplinas donde la subjetividad del ser humano no solo se sitúa del lado de la observadora, sino también de lo observado (personas con sufrimiento psíquico en el caso de la salud mental). La postpsiquiatría considera que las enfermedades mentales nunca se van a revelar a nuestros ojos ofreciéndonos los marcadores biológicos que las expliquen, porque las enfermedades mentales no existen en sí mismas como entidades naturales. Lo que ha sucedido a lo largo de la historia es que se han creado conceptos provisionales que aluden a experiencias inusuales o sufrimientos psíquicos que van modificándose según épocas y culturas, y sobre los que cada sociedad organiza unas prácticas para su atención (Lewis, 2006).

La postpsiquiatría no pretende convertirse en una nueva forma de conceptualizar los problemas mentales, sino contextualizar y criticar esas definiciones ya existentes y las prácticas que se derivan, para borrar toda pretensión de verdad y, por tanto, de dogmatismo en cualquiera de ellas. Esto supone entender la psiquiatría no como una ciencia que produzca conocimiento, sino como una práctica cuyo propósito es el de producir un bien social (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2003) de manera que sus resultados nunca se podrán medir en términos de verdad o mentira, sino de utilidad. Esta práctica psiquiátrica se fundamenta en el concepto de "teoría", que es la actividad del entendimiento humano

en forma de explicaciones que nos ayuda a comprender el mundo a través del lenguaje. Las teorías psiquiátricas (psicoanalítica, biologicista, cognitiva, sistémica…) emplean múltiples instrumentos para constituirse como tales y uno de ellos es el método científico, pero no es el único ni probablemente el mejor cuando se intenta dar cuenta de la subjetividad humana dentro de un contexto cultural e histórico. En cualquier caso, las teorías, a diferencia de las leyes de la química o de la naturaleza, son provisionales y evolucionan sujetas a la coyuntura social, económica, política y cultural en la que están inmersas. La postpsiquiatría tiene el propósito de poner de manifiesto los valores que están asociados a las teorías psiquiátricas para que su puesta en práctica no sea dogmática. Considera que todas ellas proponen campos de significados que pueden ser útiles para que las personas puedan elaborar su sufrimiento psíquico, pero ninguna podría obtener nunca el estatuto de verdad (Bracken y Thomas, 2005).

Cientifismo y tecnocracia en salud mental

La postpsiquiatría surge, en buena medida, como una reacción al paradigma tecnológico en psiquiatría, a la devaluación de la complejidad del sufrimiento psíquico del ser humano en un listado de síntomas, objeto de intervenciones protocolizadas. Este discurso tecnológico pone en juego un autoritarismo profesional respaldado por el supuesto desarrollo de una ciencia omnisciente, construida y financiada en gran medida por grandes corporaciones con intereses económicos y sociales. El encumbramiento de la figura de la experta, ya sea psiquiatra o psicóloga, propicia el intervencionismo con tratamientos considerados específicos y el empleo del poder y la coerción en las prácticas. La actualización de esta crítica a la tecnologización en salud mental permite entender mejor la aparición de la postpsiquiatría y sus propuestas.

El reduccionismo del sufrimiento psíquico

El discurso de la ciencia y la tecnología está invadiendo todos los ámbitos del conocimiento y parecería que es el único relevante. Muchas de las decisiones políticas, sociales o económicas se fundamentan en el supuesto saber de la ciencia que tiende a desplazar a un lado los aspectos éticos. Este poder omnímodo del lenguaje científico lo inmuniza a la crítica y propicia un autoritarismo que se materializa en un empleo irreflexivo y dominante de la tecnología (Peteiro, 2010). En este sentido, la actividad clínica cotidiana realizada por las profesionales de la salud mental lleva implícitas algunas asunciones que merece la pena repasar.

Dentro del paradigma tecnológico actual de la salud mental se considera que las observaciones de los fenómenos mentales pueden realizarse objetivamente, definirse bien y manejarse con fiabilidad. También está ampliamente asumido que los problemas de salud mental son, en realidad, el resultado de mecanismos o procesos fallidos de algún tipo, ligados a sucesos fisiológicos o psicológicos anormales que ocurren en la persona y que pueden ser explicados en términos causales independientes del contexto. Por último, también se acepta que las intervenciones tecnológicas (diagnósticas o terapéuticas) son meramente instrumentales y pueden ser diseñadas y estudiadas independientemente de las relaciones interpersonales y los valores (Bracken, 2012). La sacralización de estas tres premisas como dogmas irrefutables conlleva múltiples consecuencias negativas: la cosificación del sufrimiento de las pacientes, la expansión sin límites de los diagnósticos psiquiátricos, la individualización de problemas sociales, la aplicación de tratamientos protocolizados bajo el amparo de la medicina basada en la evidencia (MBE) que pueden ser dañinos, éticamente cuestionables, excesivos o innecesarios en personas singulares, la vulneración de derechos de las pacientes, etc.

En primer lugar, la tarea de aprehender de manera objetiva la realidad psíquica de la otra conlleva inevitablemente un grado de cosificación y exige un marco de interpretación. No es posible hablar de los mundos psicológicos internos de la misma manera que hablamos del mundo natural. La competencia para identificar

signos como escuchar voces, evaluar la rabia o el afecto aplanado se da por supuesta, pero esta aproximación desde el sentido común no precisa de la necesidad positivista de explicitar los criterios, por lo que la ciencia confía en definiciones ad hoc. La posición ultrapositivista de sustituir este obstáculo con puntuaciones de test o medidas fisiológicas crea un problema circular, porque estas mediciones solo pueden ser validadas por los juicios subjetivos de las profesionales. Las decisiones sobre si una paciente está deprimida, psicótica o si escucha voces se basan en nuestro sentido común de la comprensión de la locura y no en una ciencia neutral y libre de valores. Por otra parte, experiencias como oír voces, por ejemplo, no son invariablemente síntomas de una enfermedad mental ni de sufrimiento psíquico. Y desde esta perspectiva mecanicista, una lesión cerebral traumática puede producir fenómenos mentales con sufrimiento, sin él o no producir nada observable (Ingleby, 1981).

El método científico positivista no es capaz de objetivar y tratar con la complejidad del entorno cultural y social de las personas, rico en significados e inaccesible a los modelos causales lineales que parten directamente desde la neurona (Peteiro, 2010). Igualmente, tampoco se puede alcanzar la belleza, el significado o la capacidad de evocación de un poema contando sus letras y su disposición en la hoja de papel. Precisamente, los procedimientos estandarizados de la investigación psiquiátrica positivista están calculados para eliminar lo que es humano, su intencionalidad. Las personas son invariablemente cosificadas y el conocimiento resultante solo puede tratar sobre objetos que pueden ser juzgados o manipulados. Este es el escollo insuperable del individualismo metodológico que, además, minimiza la importancia de los contextos a la hora de formar y dar significado a la experiencia de las personas en su entorno.

La segunda premisa es que el sufrimiento psíquico está conceptualizado en términos de enfermedades, independientemente de que sean consideradas cerebrales o psíquicas. Este concepto de “enfermedad” permite que una persona pueda recibir una atención sanitaria en forma de tratamiento y verse dispensada, si fuera preciso, de determinados deberes laborales o sociales. Pero en este proceso de medicalización del sufrimiento psíquico, las

enfermedades mentales, como las enfermedades físicas, han sufrido un proceso de ontologización por el cual han alcanzado la categoría de "ser". El concepto de "enfermedad" (mental) se ha ido asociando a algo sobrevenido a la persona, un objeto de estudio previo al tratamiento. La ontologización de la enfermedad ha permitido el desarrollo de una medicina (psiquiatría) científica, ya que la enfermedad entendida como un mero proceso biológico sí que es reducible a un objeto delimitado y analizable mediante pruebas tecnológicas (Peteiro, 2010). La objetivación del comportamiento de las personas, de sus emociones y sus ideas se realiza al precio de reducir y simplificar los fenómenos observados. Esta atribución de "ser" a la enfermedad como algo separado de la enferma se ha facilitado por una taxonomía clínica que ha cosificado los síntomas mediante su descontextualización.

Por último, el hecho de que a la atención y al cuidado que se proporciona a las personas con sufrimiento psíquico se le llame "tratamiento" está vinculado a que ese sufrimiento sea considerado una enfermedad. Igualmente, la búsqueda de tecnología cada vez más sofisticada para el abordaje de esa "enfermedad mental" se corresponde con la aplicación del cientifismo positivista en este campo terapéutico. La MBE tiene como objetivo fundamentar la práctica clínica en pruebas científicas y, para ello, emplea los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), metanálisis y revisiones sistemáticas de la literatura. Este movimiento se ha popularizado también en psiquiatría y la MBE se aplica mayoritariamente en la valoración de la eficacia de los tratamientos. El propósito es que las intervenciones se organicen en protocolos, algoritmos y guías clínicas que ayuden a simplificar y homogeneizar las decisiones en este terreno. Los tratamientos que se ajustan a la investigación en MBE son los biomédicos (fundamentalmente psicofarmacológicos) y aquellas intervenciones psicológicas que están bien protocolizadas (como la terapia cognitivo-conductual, pero también versiones manualizadas de otras escuelas). En esta línea de planteamiento, la psiquiatría biológica y buena parte de la psicología apelan a la objetividad y neutralidad de las ciencias naturales, de manera que tanto en la investigación como en su aplicación en la clínica con las pacientes, las decisiones serían puramente técnicas y libres de valores. Sin embargo, la MBE aplicada a la salud mental se ha criticado como una línea de pensamiento que pretende sustituir el

arte creativo y flexible de la prescripción por una actividad mecánica y reglamentada (Ortiz, 2017). Berrios (2015) califica esta cuestión de "perversión epistemológica para los psiquiatras porque se les pide que acepten la MBE sin otra evidencia que el chantaje moral sustentado por la proclama de que la matemática representa la forma más elevada de la ciencia y, por lo tanto, todo lo que sea 'matemáticamente demostrable' triunfa sobre todo lo demás". Pero hay otro problema crucial y es el hecho de que la MBE se ha convertido en la herramienta comercial más eficaz de la industria farmacéutica, la única institución con el poder de financiar tantos ECA, determinar la investigación, manejar sus resultados y difundirlos en las revistas más prestigiosas con el marchamo de "conocimiento objetivo y veraz" (Healy, 2012; Gøtzsche, 2014).

El encumbramiento del paradigma tecnológico supone la cesión del saber a la ciencia y a las expertas, de forma exclusiva, para que solucionen los problemas. Esto refuerza el sentido tecnológico del poder y cierra el campo de participación política, epistemológica, cultural y humana (Garcés, 2017).

La inespecificidad de los tratamientos

La cosificación del sufrimiento psíquico y el paradigma tecnológico en el que se sustenta está creando la idea de que hay tratamientos específicos para enfermedades concretas desarrollados a veces en dispositivos asistenciales que atienden a las personas clasificadas por diagnósticos: por ejemplo, el último neuroléptico que ha salido al mercado y que va a curar la esquizofrenia en un centro de atención a primeros episodios psicóticos o la estimulación cerebral profunda en un programa de depresión resistente. Este es un panorama prometedor para pacientes, familias y la sociedad, pero el problema es que los resultados terapéuticos no están, ni mucho menos, a la altura de los beneficios que proporciona la patente del fármaco, de las ganancias de la empresa que gestiona el dispositivo o del narcisismo de las profesionales que trabajan en un campo supuestamente novedoso y sofisticado. Lamentablemente, en estos tiempos neoliberales, el cientifismo y la tecnologización de los

tratamientos sirven mucho más a los intereses de industrias y profesionales que a las personas tratadas y su entorno. El valor intrínseco de los tratamientos en salud mental es limitado, a pesar de los avances tecnológicos de las últimas décadas y de su pretensión de fundamentarse en el método científico.

Los psicofármacos merecen una consideración particular en la medida que han aparecido como unos productos sofisticados amparados en la ciencia positivista. Gozan de una extraordinaria popularidad, lo que los ha conducido a incrementar sus ventas hasta límites insospechados. La prescripción actual de los psicofármacos se basa en la creación del mito del desequilibrio bioquímico que postula que la enfermedad mental es una entidad natural causada por una alteración de los neurotransmisores cerebrales (Moncrieff, 2008). Desde su aparición, la narrativa neuroquímica se ha desplegado en la búsqueda de moléculas que fueran afines para unos pocos receptores, o para muchos, presinápticos o postsinápticos, agonistas, antagonistas o agonistas parciales, que bloquearan fenómenos de "encendido" o kindling… Las novedades son tan frecuentes que prácticamente cada nuevo psicofármaco inaugura un mecanismo de acción distinto y más prometedor que los anteriores. Sin embargo, las cuatro o cinco clases que existen (neurolépticos, antidepresivos, benzodiacepinas, "estabilizadores del ánimo"…) se emplean de forma inespecífica para los casi 400 diagnósticos que recoge el DSM-5. Estos psicofármacos no se prescriben tanto para el tratamiento de diagnósticos como para el de los síntomas, por lo que no es infrecuente que una paciente tome varios medicamentos de distintas clases. El hecho de que el efecto de los psicofármacos sea inespecífico probablemente condiciona su limitada eficacia en el tratamiento de los problemas mentales. Cuando se revisan los últimos metanálisis que comparan la eficacia de los antidepresivos con el placebo, solamente hay diferencias estadísticas en los cuadros más graves (Kirsch et al., 2008; Cipriani et al., 2018). Igualmente, las principales novedades de los neurolépticos comercializados en los últimos años consisten en un precio extraordinariamente elevado y un perfil de efectos secundarios distinto, pero no han mostrado mayor eficacia que los sintetizados hace más de cincuenta años, como el haloperidol o la clozapina.

El empleo de psicofármacos en el marco de un reduccionismo biologicista tiene implicaciones políticas y en la relación terapéutica. Desde esta perspectiva, los neurotransmisores acaparan el reparto de la trama vivencial: cumplen el papel de encubridores de biografías traumáticas, abusos o desigualdades sociales y a la vez son los protagonistas culpables de las respuestas que la paciente pone en juego ante semejantes experiencias. La persona con sufrimiento psíquico es una enferma, víctima de un cerebro alterado que determina sus experiencias y cuya alternativa es ponerse en manos de una médica-psiquiatra que reequilibre los desajustes de este órgano. Esta cosificación y desresponsabilización de las experiencias humanas conlleva un tipo particular de vínculo con la profesional. La psiquiatra es el experto que tiene el poder de erradicar los síntomas para devolver a la paciente dentro de los límites de "lo normal" en una relación de características paternalistas. Esto significa que la perspectiva biomédica del sufrimiento psíquico no es la concepción objetiva y neutra de los problemas mentales como se pregona, sino una perspectiva cargada ideológicamente y con profundas ramificaciones políticas que transforma, por ejemplo, contradicciones sociales (paro laboral, desahucios, desigualdad económica…) en enfermedades mentales individuales (depresión, ansiedad, psicosis…) mediante el subterfugio de las redes neuronales como determinantes de las experiencias humanas y que convierte a la psiquiatra en el agente regulador de pensamientos, emociones y conductas que ha juzgado como desviadas (Ortiz, 2017).

En el terreno de la psicología y las psicoterapias sucede algo parecido y las investigaciones que se han realizado concluyen que los factores no específicos de los tratamientos dan cuenta de la mayor parte del cambio que se produce en la terapia (Asay y Lambert, 1999). Esto significa que apenas un 15 por ciento depende de la técnica psicoterapéutica en particular y el resto se atribuye a factores de la paciente, efecto placebo, expectativas, sucesos extraterapéuticos y a la alianza terapéutica. Tanto en psicoterapia individual (Frank y Frank, 1993; Fernández Liria, 2017) como grupal (Vinogradov y Yalom, 1989) se han desarrollado líneas de investigación para identificar esos factores comunes a todas las técnicas que explicarían la mayor parte del efecto del tratamiento. Un efecto que es más evidente cuando se compara a la psicoterapia

con la evolución clínica en la lista de espera, pero no tanto si la comparación es frente al placebo o al tratamiento habitual (Cuijpers et al., 2016). Por otra parte, y al igual que los psicofármacos, las psicoterapias tienen efectos secundarios y pueden provocar más daños que beneficios (Lilienfeld, 2007; Barlow, 2010), de manera que no pueden convertirse en la alternativa inocua al tratamiento psicofarmacológico de los problemas mentales, sin más. En todo caso, tampoco existe un único modelo psicoterapéutico (cognitivo, sistémico, conductual o psicoanalítico entre las más de 500 marcas que hay de psicoterapia) que dé una respuesta incontestable a las causas y conceptualización de los problemas mentales.

En la investigación sobre rehabilitación de los trastornos mentales graves se está poniendo de manifiesto que, más allá de la especificidad de los tratamientos, es muy importante la alianza terapéutica, la autoestima, que la paciente tenga un locus de control interno y la creación de un contexto terapéutico que promueva la recuperación del poder y lo relacional y que ayude a reconstruir una identidad positiva (Bracken et al., 2012). Sin embargo, la centralidad de lo tecnológico dentro de este proceso de ontologización de la enfermedad mental se puede observar también en la evaluación de los tratamientos y en los parámetros de la rehabilitación psicosocial. Las pacientes han de esforzarse en consumir tecnología terapéutica y desarrollar habilidades para "encajar", para ser incluidas socialmente y convertirse en personas competitivas y productivas dentro de un modelo de recuperación influido por una ideología neoliberal. Las intervenciones tampoco están libres de valores y los indicadores, muchas veces, tienen que ver más con la reducción del número y duración de ingresos hospitalarios, el incremento de consultas de alta resolución o la reducción de citas de seguimiento que con aspectos que den cuenta de mejoras en el funcionamiento psicosocial (Alonso, 2016). Por otra parte, las intervenciones rehabilitadoras también provocan daños que hay que considerar. En relación con su ubicación en la red asistencial pueden propiciar la dispersión de las intervenciones, la escisión de los dispositivos y su emplazamiento lejos de la comunidad, o el descuido del espacio y la intimidad dentro de los mismos. Otros efectos negativos se producen cuando se establecen límites difusos en los vínculos con las usuarias, dinámicas infantilizadoras o mensajes contradictorios en el contexto de

quehaceres poco significativos o con la imposición de contenidos, ritmos y maneras de la profesional (Muñiz, 2013).

Intervencionismo tecnológico

El desarrollo tecnológico sanitario general ha favorecido el incremento de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas de una manera desaforada y que provoca que el daño exceda el beneficio potencial (Brownlee, 2017). A partir de cierto punto de saturación, las tecnologías perjudican porque destruyen las condiciones para la acción autónoma y el progreso social, de manera que no son simples medios para la actividad humana, sino también fuerzas poderosas que actúan para modelar dicha actividad y su significado. Se está provocando una expropiación de la salud que cede a las expertas y su tecnología la delimitación de la enfermedad y el manejo del sufrimiento (Illich, 1975). En el plano económico, la tecnología sanitaria está confiscando la riqueza de las naciones, pero no porque sea necesario para que progresen, sino, simplemente, porque puede hacerlo (Novoa, 2017). Un ejemplo en nuestro medio es cómo muchas pacientes con problemas mentales graves pueden recibir una inyección mensual de un psicofármaco (Xeplion® 150 mg) que cuesta más de 500 euros mientras se encuentran en una situación de pobreza y reciben una pensión para vivir que no alcanza los 400 euros.

De igual manera que los tratamientos son inespecíficos, no hay ninguna tecnología psicológica o psiquiátrica que “cure” ninguna enfermedad mental (desde luego, no como lo hace un antibiótico o una apendicectomía), ni tampoco que pueda prevenirla (como lo pueden hacer algunas vacunas). Sin embargo, como ya se ha visto, las intervenciones en salud mental (diagnósticas, psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, ingresos…) causan daños, como lo hacen el resto de las intervenciones en salud, de manera que resulta crucial ser cautos y establecer el balance riesgo/beneficio (Ortiz e Ibáñez, 2011).

El intervencionismo es una consecuencia, en parte, de la gran

identificación que tienen las profesionales con su quehacer, con la tecnología diagnóstica y terapéutica que emplean y con las teorías que la respaldan. Estos conflictos intelectuales no se reconocen fácilmente porque ponen en riesgo la identidad profesional y es más cómodo intervenir desde una perspectiva bienintencionada pero paternalista, poco crítica e irreflexiva. En el intervencionismo se suman, además, las necesidades personales de satisfacer sentimientos de omnipotencia, compasión, vanidad y, también, miedo a la incertidumbre o a no complacer las demandas. Todo esto se pone en juego en un contexto sociopolítico donde parece que las relaciones humanas han sufrido cierta devaluación en la comprensión y elaboración del sufrimiento frente a la relación profesionalizada que ha de proveer respuestas individuales e inmediatas en forma de tecnología. La fe en las narrativas modernas ha propiciado una medicalización y una psicologización de los problemas de la vida que ha desembocado en una dependencia extraordinaria de las profesionales “psi” y la expansión sin límites en la prescripción de psicofármacos y de psicoterapias de todo tipo (Vispe y Valdecasas, 2018; Ortiz, 2011).

El extraordinario incremento de las terapias de apoyo, el coaching o el mindfulness, por poner algunos ejemplos, da cuenta de esta búsqueda de técnicas administradas por expertas que puedan aliviar a la ciudadanía, de manera personalizada, del sufrimiento que supone el enfrentamiento consciente con la vida y que tiene sus raíces en muchas ocasiones en problemas de ámbito colectivo y no puramente individual. De igual manera ha aumentado extraordinariamente el empleo de los medicamentos con el objetivo de lograr una anestesia que ha disparado el consumo de analgésicos opiáceos, benzodiacepinas y antidepresivos sin que ya nadie pueda detenerse a pensar cuál es el significado del sufrimiento.

Coerción y psiquiatría moderna

El discurso psiquiátrico moderno hegemónico, basado en la ciencia positivista y el método científico, proporciona un marchamo de verdad a la práctica profesional. Esta aura cientifista, de certezas

diagnósticas y terapéuticas, favorece un contrato social que, en un marco de cuidados como es el de la salud, otorga a las profesionales el poder de la coerción, aunque se enmascare en términos como "inmovilización terapéutica" o "contención química o física".

Este es el aspecto más controvertido de la psiquiatría: la posibilidad de ejercer un poder sobre la paciente que puede doblegar su voluntad y restringir su libertad. La coerción se practica en el contexto de una relación vertical en la que se hace prevalecer el principio de beneficencia sobre el principio de autonomía. Por encima de ambos está el principio de no maleficencia, el famoso primum non nocere. Este principio incluye el mandato de ayudar y el mandato de no dañar, pero habitualmente se hace una interpretación permisiva que da prioridad al primer mandato con la esperanza de "no dañar" o, desde luego, "no tener intención de dañar", que refleja un paternalismo profesional (Roche, 2012). De manera que, en beneficio de la paciente, la psiquiatra puede sentirse con margen para realizar desde una coerción "blanda" que incluye cumplimientos utilitarios ("si te tomas la medicación podemos tramitar esta ayuda") y amenazas ("o te tomas la medicación o te vamos a ingresar") hasta ejercicios más severos de poder como los ingresos involuntarios, la administración de medicación en contra de la voluntad de la paciente o el uso de sujeciones mecánicas.

Se ha descrito que los tratamientos coercitivos producen un sentimiento de violación o abuso de los derechos humanos en la medida que se restringe la autonomía de la persona o se limita su participación en la toma de decisiones. Pueden surgir en las pacientes sentimientos de no ser escuchadas, respetadas o cuidadas, y pueden aparecer respuestas emocionales negativas muy fuertes que llevan a estas personas a sentirse devaluadas y estigmatizadas (Katsakou y Priebe, 2007). Las intervenciones coercitivas conculcan los derechos de la persona y esto supone una disminución de su condición de persona a corto plazo o la destrucción definitiva al desposeer al ciudadano de sus facultades como ser humano para desarrollar legítimamente los propósitos y los fines de su vida. La coerción también tiene un efecto estigmatizador, ya que implica el ejercicio de un poder en personas etiquetadas en contextos separados y tratadas de forma diferenciada (Link, Castille y Stuber,

2008).

Las intervenciones coercitivas en salud mental se han justificado por el beneficio de la propia persona a quien se le somete en contra de su voluntad, por el beneficio de terceros o por una mezcla de ambos. Además, habrían de existir criterios de irracionalidad o de pérdida del juicio de la realidad que hagan imprescindible el concurso de una psiquiatra y no, simplemente, de las fuerzas de orden público. Por último, tendría que haber una fundamentación científica de la eficacia de los tratamientos que la psiquiatra va a imponer a la paciente en contra de su voluntad. En resumen, la psiquiatría habría de dar una respuesta inequívoca del estado mental de la persona, de su peligrosidad y justificar la pertinencia de la intervención terapéutica (Bracken et al., 2012). Sin embargo, la aplicación de medidas coercitivas varían extraordinariamente según el contexto, lo que supone que su fundamento científico es muy débil y que no hay parámetros objetivos que justifiquen de forma regular su empleo, a pesar de la gravedad de las consecuencias que supone su aplicación. Por ejemplo, las tasas de ingreso involuntario en distintos países europeos pueden diferir hasta multiplicarse por 20 entre uno y otro, y entre hospitales de un mismo país estas diferencias pueden alcanzar hasta siete veces la tasa. La ética, las actitudes de las psiquiatras, el grado y tipo de desarrollo de los servicios de salud mental, las variables sociodemográficas, la opinión pública o la legislación influyen definitivamente en el desarrollo de estas prácticas (Zinkler y Priebe, 2002; Fiorillo et al., 2011).

El relato postpsiquiátrico

La postpsiquiatría desafía el autoritarismo cientifista psiquiátrico poniendo en tela de juicio la perspectiva individualizada del sufrimiento psíquico y la preeminencia del discurso profesional, así como analizando críticamente el paradigma tecnológico en psiquiatría y los valores que tiene asociados. Desde estos cuestionamientos propone una práctica psiquiátrica que pretende

ser más democrática y emancipadora, sometida a un escrutinio constante por la significación sociopolítica que inevitablemente constituye esta disciplina.

Desde el enfermo con síntomas hacia la persona contextualizada

Tradicionalmente los problemas mentales se han considerado como trastornos individuales y este foco "dentro" del sujeto, mayoritario en las distintas teorías psicológicas, condiciona tanto la comprensión del sufrimiento psíquico como la respuesta que se da al mismo. Igualmente, en la medicina siempre ha prevalecido el enfoque puramente individual (cuando no exclusivamente del órgano afectado) a pesar del papel crucial de los condicionantes sociales en la aparición y evolución de las enfermedades somáticas. La aparición del modelo biopsicosocial a finales de los setenta del siglo pasado partía como una promesa para acabar con el reduccionismo biomédico de la práctica clínica; sin embargo, esa perspectiva más holística e integradora no lo ha evitado. Incluso, cabe decir que en el terreno de la psiquiatría se ha utilizado en muchas ocasiones la etiqueta "biopsicosocial" para encubrir una conceptualización y un abordaje de los problemas mentales puramente biologicista: se señalan los elementos psicológicos y sociales como factores predisponentes o desencadenantes para, a continuación, permanecer invisibles detrás del diagnóstico biomédico.

La ignorancia sobre los problemas mentales es mayúscula, nadie puede contestar de manera definitiva a la pregunta "¿qué es la locura?". Para buscar una respuesta, es más directo y sencillo investigar mediante una reducción metodológica a la persona. Este procedimiento consiste en asumir que los diferentes estados psicológicos se pueden examinar aisladamente del mundo que los rodea y en el que se manifiestan. El punto de partida es que habría un núcleo básico de la psicología humana que es universal y que no está ligado al contexto, lo que simplifica mucho las cosas en este camino a la reducción ontológica de la enfermedad mental.

Para proceder a este análisis del problema mental en la paciente hay que reformular las experiencias que esta cuenta en su propio lenguaje en una terminología psiquiátrica que las universalice. Este proceso se lleva a cabo con el fin de convertir la práctica psiquiátrica en una disciplina más científica y, para ello, se necesita un discurso, supuestamente neutral y objetivo, que aísle y estandarice los fenómenos mentales. En este sentido, se procede igual que en la medicina, donde los procesos físicos son objetivados y renombrados (del "casi cada semana de repente me duele mucho en un lado de la cabeza, como en pulsaciones, me molesta la luz, se me pone mal cuerpo con ganas de vomitar y me dura dos días" hacia "cefalea hemicraneal sin aura acompañada de fotofobia y cortejo vegetativo, sugerente de migraña común").

Las clasificaciones de las enfermedades mentales como el DSM o la CIE, con las que se trabaja en la práctica psiquiátrica en la mayor parte del mundo, recogen esta perspectiva individualizada de los problemas mentales para asimilarla a las especialidades médicas. Para ello, parten de la fenomenología descriptiva de Jaspers y transforman el mundo subjetivo de la persona en síntomas que conforman las enfermedades mentales. El entorno desempeña un papel, pero secundario, en la medida que puede convertirse en un "factor" externo que afecta a la mente (o al cerebro) de la paciente. Estas clasificaciones consideran la enfermedad mental como una entidad natural, ahistórica, universal y descontextualizada, objetivable a través del lenguaje psiquiátrico (del "desde que mi pareja me dejó hace dos meses ya no me gusta ver la televisión sin ella, y me siento más cansada y triste" hacia "anhedonia, aumento de la fatigabilidad y ánimo depresivo: episodio depresivo F32").

La postpsiquiatría pone todas estas premisas en tela de juicio. De entrada, postula que los procesos físicos que se tratan en medicina no son equiparables a las experiencias mentales que se consideran en psiquiatría. El sufrimiento psíquico, atravesado de emociones, creencias, pensamientos y conductas es inseparable de su contexto. El psiquismo humano está encarnado en la complejidad biológica de un cuerpo, inmerso en la realidad cultural, lingüística y política de la sociedad en la que se desarrolla y dentro del flujo temporal, nunca fijado al presente, entre el pasado y el futuro. Esta contextualización es clave para aproximarnos al sentido, los

significados y los valores de las experiencias mentales. El mundo de los procesos físicos es menos significativo y, por ello, la psiquiatría es cualitativamente distinta, no puede asimilarse a la medicina sin perder todos estos elementos en semejante operación.

Desde una perspectiva postpsiquiátrica, el primer paso es una comprensión del contexto desde el que se parte para definir los problemas. No se buscaría una "objetivación" de los síntomas mentales y su causa, sino una exploración hermenéutica que dé cuenta del mundo de la persona y qué conexiones se establecen entre los distintos elementos. Por eso es crucial considerar su lenguaje y su subjetividad. La fenomenología descriptiva adaptada al DSM y la CIE, tradicionalmente considerada como una tecnología neutral y objetiva, resulta ser una herramienta reduccionista que sacrifica al sujeto y su contexto en favor de una psiquiatría simplista y protocolizada (Bracken y Thomas, 2005; Timimi, 2013; Vispe y Valdecasas, 2018).

Dentro de los distintos discursos psiquiátricos modernos, el nivel de contextualización en sus presupuestos teóricos es diferente. No es lo mismo la psiquiatría biomédica, que reduce los síntomas a alteraciones cerebrales, que el psicoanálisis, que parte de una teoría de la subjetividad, o que la teoría sistémica, que considera al sujeto en el seno de una dinámica familiar. Sin embargo, la postpsiquiatría invita a ir más allá y, en vez de llevar definido y cerrado el marco del contexto y el campo de significados que esto acarrea (biológico, biográfico, familiar o social), propone explorar con la persona todas sus circunstancias particulares y dejar constancia de los valores, significados y sentidos propios de los problemas que plantea, para construir entre la profesional y la paciente una versión singular contextualizada. En este sentido, la profesional ha de tener una disposición de apertura y ser capaz de aportar otros significados, no solo los vinculados a los ámbitos que ya ofrecen las teorías psicológicas tradicionales, sino provenientes de narrativas que den cuenta de la influencia de la cultura y la sociedad en las personas.

Uno de los pilares fundamentales del desarrollo de la post-psiquiatría es la incorporación de los estudios culturales, que trascienden la perspectiva puramente individual y enmarcan a la persona en un ámbito ampliado. Los estudios culturales exploran las

formas de creación de significados y su difusión en las sociedades actuales y proporcionan nuevas perspectivas que dan cuenta del papel representado por el poder en la regulación de las actividades cotidianas. Así, muchas "psicopatologías" tienen que ser contextualizadas culturalmente y, además, pueden comprenderse como articulaciones sintomáticas de las tensiones sociales y los desequilibrios de poder, como expresiones características de las fallas culturales en las que se desarrollan. Los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, no pueden explicarse únicamente a través de variables individuales o familiares. De hecho, una aproximación exclusivamente médica a estos problemas oculta el dominio cotidiano, ubicuo y profundo que la cultura patriarcal ejerce en el cuerpo femenino (Bordo, 1993, citado en Lewis, 2006). Igualmente, resulta ingenuo aproximarse al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tan en boga en la actualidad, desde una perspectiva biologicista y desconsiderar las variables culturales de una sociedad neoliberal basada en una economía de mercado que enfatiza el individualismo y la competitividad y donde la estructura familiar se ha reducido y las presiones académicas han aumentado (Timimi, 2010). El mismo contexto neoliberal que tiene un factor causal en los trastornos mentales por la desigualdad económica que propicia (Muntaner et al., 2008; Pérez del Río, 2013) pero que da cuenta también de la psicopatologización de la vida cotidiana en la que el significado de la palabra "depresión" sirve para enmascarar tanto la precariedad laboral como los problemas de vivienda o tantos otros. En este sentido, la psiquiatría y la psicología han logrado enjugar la indignación colectiva de la catástrofe social producida por las políticas neoliberales mediante su reducción a la persona a través del lenguaje del malestar psicologizado (Moncrieff, 2008; Parker, 2011).

Los estudios culturales ayudan a contextualizar distintas "psicopatologías" en las que el problema mental de la persona aparece como la manifestación explícita de las contradicciones sociales soterradas, pero también sirven para explicar mejor las prácticas psiquiátricas actuales. El éxito progresivo del modelo biomédico en la atención se comprende mejor incorporando estos elementos. La popularización de la neurociencia y la neuroimagen ha favorecido la internalización en los ciudadanos de una

tipificación cerebral que hace corresponder su imagen y funcionamiento con la persona, ya sea de un cerebro deprimido, normal o esquizofrénico. Aunque la paciente no es responsable de tener un cerebro alterado, sí que lo es de estudiarlo, monitorizarse y de acudir a una psiquiatra para corregir los desequilibrios neuroquímicos (Dumit, 2003). O, como propone Nikolas Rose, plantearse el incremento de las capacidades individuales desde la autodefinición de uno mismo como un self bioquímico (Rose, 2003). Este modelo de desequilibrio neuroquímico articula un problema ya individualizado con una oferta de consumo de productos sanitarios en un emparejamiento perfecto entre psiquiatría biomédica y economía neoliberal (Moncrieff, 2008).

Desde el autoritarismo profesional hacia la coconstrucción

El conocimiento sobre la "enfermedad mental" se ha construido desde una óptica profesional que describe y clasifica a las pacientes. Los relatos psiquiátricos modernos que se han desarrollado para explicar y tratar el sufrimiento psíquico son, en este sentido, una suerte de doctrinas promulgadas por las profesionales en su papel de portavoces que las usuarias han de asumir para intentar entender qué es lo que están experimentando.

La postpsiquiatría cuestiona el valor de verdad de estos grandes relatos que se han construido en torno al sufrimiento psíquico. Considera el modelo biomédico, el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo o la teoría sistémica como campos de significados que pueden ser útiles en la construcción de una narrativa sobre los problemas mentales, especialmente para algunas diadas profesional-paciente. Sin embargo, desestima que constituyan el reflejo inequívoco de las enfermedades mentales, puesto que no las considera como tales, sino como construcciones sociales sujetas a variables históricas, culturales y sociales. Este punto de partida de la postpsiquiatría acaba con la figura tradicional de la experta que acapara el poder de la sabiduría sobre el sufrimiento psíquico: no hay una verdad inmutable, conocida por la profesional, desde la que desarrollar el tratamiento de la paciente (Bracken y Thomas,

2005).

La postpsiquiatría se replantea el encuentro profesional-paciente desde esta perspectiva. Es imposible acercarse al sufrimiento psíquico de otra persona sin prejuicios: la formación teórica, la experiencia clínica o las vivencias personales aportan elementos a la profesional que condicionan, de entrada, su comprensión de los problemas mentales de la paciente. La profesional acude a la consulta provista de ciertas versiones de la realidad que deberían ser consideradas en todo momento como hipótesis, no como certidumbres. La hipótesis sería la herramienta para construir una conexión con el paciente y su contexto, no un paso hacia el descubrimiento de una historia "real". Constituiría una manera de contribuir a la construcción de una relación terapéutica, la base para iniciar una conversación. El valor de las hipótesis no estaría en su verdad, sino en la capacidad de crear una reflexión sobre ese sufrimiento psíquico que incluya a todas las circunstancias y personas involucradas.

Para poder trabajar desde esta posición postpsiquiátrica sería imprescindible que las profesionales reconocieran las premisas, puntos de vista y parcialidades de las que parten. Esto conduciría hacia una actitud de ignorancia deliberada junto con una abundante y genuina curiosidad. El conocimiento de modelos y teorías y del saber de la experiencia son herramientas útiles en la construcción de una buena relación terapéutica, pero se convierten en obstáculos en la aprehensión de la singularidad del paciente cuando son empleadas unilateralmente y sin crítica. La ignorancia requiere que la comprensión y las interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas "verdades" forjadas teóricamente. Desde la ignorancia sería imposible enjuiciar al otro y desde la curiosidad siempre se le tendría en consideración, nunca sería negado (McNamee y Gergen, 1996).

El desafío estaría en la negociación y la coconstrucción de relatos, no en la búsqueda y descubrimiento de una "causa" o una "verdad" oculta para la paciente. El saber de la profesional tendría que ver entonces con otros registros, con ser una artista de la conversación, una arquitecta del diálogo que con sus preguntas fomenta la exploración conjunta de otras perspectivas. La profesional

participaría como facilitadora, como observadora, pero también como coprotagonista de una relación humana. En estas circunstancias, habría de tener capacidad para el trabajo horizontal y democrático con las pacientes.

Desde una perspectiva postpsiquiátrica, el trabajo de las profesionales tendría que ver fundamentalmente con la construcción de una relación terapéutica, de un equipo de trabajo con el otro (o con los otros si estamos en un formato familiar o grupal) en el que se hace cargo de ese mundo emocional. En esa tarea, la profesional acompaña, legitima el sufrimiento y lo explora conversando sobre ello. Esta conversación terapéutica puede incluir la aportación de significados que pretendan "dar sentido", que ayuden a explicarlo mejor y que enriquezcan la narrativa de la paciente. Estar bien familiarizada con varios campos de significados, con el convencimiento de que ninguno es el "verdadero" o definitivo, proporciona mayor libertad que constreñir el relato del otro invariablemente en una única versión, sea cual sea. La paciente no sería "una máquina de procesamiento de la información", sino un ser humano generador de significados (McNamee y Gergen, 1996). Como tal, su concurso es imprescindible en la conversación terapéutica en la que va a transmitir en su narrativa los contenidos implícitos que dan cuenta de su ideología y su forma de ver el mundo. Esas son las balizas que señalarían los campos de significados que le van a resonar más. La postpsiquiatría huye del relativismo, no vale cualquier relato, pero considera que si verdaderamente se abre un espacio a la voz del otro, la profesional será capaz de escuchar qué tipos de tramas narrativas serán las más significativas. En este sentido, la paciente es quien atesora el conocimiento sobre sí misma, su malestar y su mundo relacional. Ha de producirse esta confluencia de ambos saberes para que se genere la coconstrucción de una nueva historia más liberadora. Que una psiquiatra imponga su narrativa biomédica o psicoanalítica de manera unilateral y condicione con ello una configuración vertical en la relación está propiciado por su estilo y su sordera, no necesariamente por sus conocimientos en psiquiatría. Sin embargo, la actitud democrática e igualitaria unilateralmente definida también podría representar una manipulación. El igualitarismo y el respeto son resultado de un proceso interactivo en el que son necesarios tanto el ofrecimiento del respeto como la

aceptación/reconocimiento de ese respeto. El objetivo debería ser una postura crítica que favorezca la toma de conciencia de las relaciones de poder que se ocultan dentro de los supuestos de todo discurso social, incluyendo el discurso crítico mismo.

En el enfoque postpsiquiátrico se fomenta un proceso de influencia mutua entre paciente y profesional en el que están solidariamente comprometidas en la construcción de una narración. Es una orientación cooperativa y comunal que cuestiona el elevado estatus profesional tradicional del enfoque moderno, enmarcado en un proceso más jerárquico y unidireccional.

El símbolo cotidiano que da cuenta del conocimiento de la profesional y de su autoritarismo en la atención clínica es la capacidad de enunciar un diagnóstico psiquiátrico categorial. Esta etiqueta, declarada como verdad ("tienes una esquizofrenia"), posee un carácter definitivo, pretendidamente objetivo y universal. En el marco de una relación terapéutica vertical, el acto de diagnosticar cosifica los síntomas y sacrifica al sujeto en favor de una comprensión simplificada y más manejable de su sufrimiento psíquico. El diagnóstico categorial tiene funciones clínicas, administrativas y en la investigación que pueden ser útiles en determinadas circunstancias, como mantener una comunicación eficaz entre las profesionales, pero cuando se lleva a cabo esta cosificación sin crítica, sin examinarla, sin recordar lo que es, sin negociarlo con la paciente, puede resultar problemática y violenta (Colina, 2013).

Desde un enfoque postpsiquiátrico, se pretende comprender la complejidad del ser humano, no a través de una etiqueta estandarizada y reduccionista impuesta por la profesional, sino mediante una formulación narrativa coconstruida junto con la usuaria. A diferencia del diagnóstico que proporciona una foto fija que recoge los síntomas, la formulación permitiría estructurar toda la información clínica en el contexto de la experiencia única de una persona concreta y proponer una historia dinámica que permita plantear distintas hipótesis para comprender y ayudar a la paciente. Un relato que incluye, por supuesto, los síntomas, pero también los determinantes de la situación actual, acontecimientos que han influido en la descompensación clínica o en su mantenimiento,

factores de vulnerabilidad y factores de protección (de naturaleza biológica, psicológica o social), historia familiar y soporte actual, situación económica, laboral, de vivienda, red social, estilos de afrontamiento y rasgos de personalidad, fortalezas y recursos, etc. Particularmente importante sería considerar el sistema de creencias y la ideología que tiene la usuaria en torno a su salud, cómo se explica lo que le sucede y, a partir de ahí, qué forma de ayuda espera recibir. En este marco narrativo e integrador han surgido propuestas que orientan en la tarea de coconstruir hipótesis con la usuaria que expliquen lo que está experimentando y cómo afrontarlo (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; Mata y Ortiz, 2009; Johnstone y Dallos, 2014; Johnstone et al., 2018).

Desde la postpsiquiatría se postula que este cambio de perspectiva en la atención clínica desde una óptica profesional unilateral a una participación conjunta con la usuaria debería extenderse a todos los ámbitos de la salud mental. El activismo en primera persona reclama una participación que alcance no solo la relación terapéutica, sino todos los aspectos relacionados con la salud mental y que incluya, por ejemplo, el diseño y la provisión de servicios, la formación de las profesionales o la investigación. En la medida que la ciudadanía participe en todos estos registros, la asistencia será más ajustada a sus necesidades y su compromiso será garantía de unos servicios más humanos y armónicos en sus prestaciones.

Tratamientos y relación terapéutica en postpsiquiatría

El dominio del paradigma tecnológico en los tratamientos en salud mental supone relegar a un segundo plano el aspecto humano y la relación terapéutica donde las profesionales podrían ser fácilmente intercambiables dentro de un mismo proceso terapéutico, como las operarias en una cadena de montaje industrial. Sin embargo, muchas de las prácticas psicoterapéuticas, especialmente las relacionadas con el psicoanálisis, han destacado el papel central de la relación terapéutica en el trato de los problemas mentales. La postpsiquiatría rescataría también el protagonismo de la relación

terapéutica pero concebida como un vínculo más horizontal y democrático, lejos del autoritarismo clásico de la profesional sobre la paciente.

La postpsiquiatría no rechaza en ningún caso el uso de la tecnología, pero sí que cuestiona este paradigma como la única forma de conceptualizar y abordar el sufrimiento psíquico. El objetivo de una profesional de salud mental no sería tanto la "erradicación" de una cosa llamada "enfermedad mental" como poner el foco del encuentro clínico en acciones como ajustarse, adaptarse, vivir con, conducirse o afrontar. Esto supone que la profesional tiene que recolocarse de otra manera en la relación terapéutica donde la tarea es tratar con valores humanos y éticos antes que con tecnología científica. Un encuentro clínico en el que se tienen en cuenta tanto los modelos de sufrimiento de las pacientes como la exploración y la articulación de sus deseos y objetivos de tratamiento.

El contenido de esa relación terapéutica tiene que ver con lo tecnológico, evidentemente. La práctica clínica postpsiquiátrica no es anticiencia ni tampoco antipsiquiatría, no realiza una crítica a la psiquiatría moderna sin más. No vale cualquier cosa y esto significa establecer unos controles de calidad sobre las teorías y prácticas que se van a poner en juego y que las separa de las narrativas premodernas (no es lo mismo practicar vudú que psicoterapia). La postpsiquiatría considera que iniciativas y proyectos como la psicofarmacología, la psicología cognitiva o cualquier otra son importantes, pero las expone a sus cuestiones fundacionales y a posibilidades alternativas. Los conocimientos de la psiquiatría moderna son entendidos como heurísticos útiles, no como verdades universales. De hecho, el lenguaje que vehicula estos conocimientos no es neutral ni transparente, sino que contribuye a moldear la realidad que se supone que tendría que representar objetivamente sin más (Lewis, 2006). Además, la postpsiquiatría resalta que la persona que consulta está sujeta a condicionantes sociales, políticos, económicos, culturales y locales. Por ello, las narrativas modernas tienen que nutrirse de los conocimientos de los estudios culturales de género, raza, sociales, de discapacidad, postcoloniales, LGTB+, etc. (y, desde luego, de las investigaciones conducidas por las pacientes), para contextualizar el sufrimiento psíquico de las

personas y situar en primer lugar, y por delante de la técnica, los asuntos que tienen que ver con la ética, los significados y los valores.

El trabajo exitoso en salud mental no se comprende siempre como un “tratamiento”. La mayor parte del mejor quehacer está basado en relaciones significativas entre profesionales, cuidadoras y pacientes. Este trabajo incluye de manera central un encuentro humano focalizado en asuntos como la esperanza, la confianza, la dignidad, el refuerzo, dar sentido, la empatía y el cuidado. De hecho, las intervenciones habituales no están, en realidad, basadas en la ciencia objetiva y desnuda. Las tecnologías psiquiátricas están en sí mismas cargadas profundamente con asunciones, prioridades, significados y valores (Bracken, 2005). Las mejorías clínicas están más relacionadas con estos aspectos de transformación de significados y expectativas dentro de la relación terapéutica que con las particularidades técnicas de la intervención.

En una perspectiva postpsiquiátrica, los objetivos de la interacción clínica están determinados por las singularidades de la paciente particular y sus deseos, más que por cálculos preconcebidos de evolución del tratamiento. El encuentro clínico, entonces, tiene que ver con negociar cómo la paciente define su realidad desde el momento en que existen perspectivas diferentes, construir con ella qué manera de ver el problema puede resultarle más significativa y no que la profesional imponga sus significados preferidos dentro de la narrativa moderna con la que se identifica y que defiende como “verdad”.

En este punto, la relación terapéutica se convierte en el eje central, entendida como un encuentro humano entre dos personas, profesional y paciente, que tienen objetivos comunes en el alivio del sufrimiento psíquico de la segunda. El tratamiento, liberado de la caracterización mecanicista que lo confina al ámbito de las técnicas, se convierte en un proceso de construcción interpersonal. En ese proceso se ponen en juego elementos tecnológicos, como técnicas de psicoterapia o psicofármacos que precisan del conocimiento preciso de la profesional, pero que están enmarcados en una relación terapéutica que es lo que les da sentido.

La relación terapéutica con la profesional (pero también con el

equipo y con los servicios de salud mental) debería constituir la escenificación de lo que se pretende en la atención: la desalienación y la emancipación de la usuaria. En la relación terapéutica, la profesional ha de reconocerse en una relación humana con otra persona y vivir y analizar esa relación simultánea y permanentemente, utilizando esta experiencia al servicio del cuidado del otro. La profesional se pone en juego (ineludiblemente con su biografía, sus rasgos caracteriales y su forma de ver el mundo) y es capaz a la vez de observar a la paciente, a sí misma y a la configuración relacional entre ambas, sin actuar sus necesidades personales y dando cuenta de lo que siente que está sucediendo para preservar y trabajar a favor de ese vínculo terapéutico (Safran y Muran, 2005).

Respecto al tratamiento farmacológico, la revisión del modelo de acción centrado en la enfermedad por el modelo centrado en el psicofármaco realizado por Moncrieff cambia la perspectiva del efecto intrínseco del medicamento y del papel de su prescripción en la relación terapéutica. Aunque la industria farmacéutica remarca en sus propagandas el valor de sus medicamentos según la capacidad para actuar sobre unos receptores neuronales u otros, los psicofármacos interesan clínicamente por su efecto en la mente, no en el cerebro. Lo verdaderamente relevante a nivel clínico es el efecto que pueden inducir en cada paciente y su utilidad desde esta perspectiva. Los psicofármacos no corrigen ninguna alteración biológica ni curan ninguna enfermedad mental, sino que alteran el funcionamiento cerebral (como el resto de sustancias y drogas que actúan en el sistema nervioso central) e inducen así un estado psíquico que se solapa al previo y que puede aliviar el sufrimiento mental (Moncrieff, 2013). Un estado psíquico que puede colocar al sujeto en mejor disposición para situarse más libremente en su entorno y afrontar sus dificultades. Esta perspectiva modifica radicalmente la relación del sujeto con su problema y con la profesional. Deja de ser víctima pasiva de una enfermedad del cerebro que una experta le ha de curar para convertirse en protagonista de su padecimiento y del alivio. Ahora ella también ha de juzgar los efectos de los psicofármacos y decidir, en la medida de lo posible y con la ayuda de la profesional, si los necesita, cuánto tiempo y a qué dosis.

Frente al intervencionismo tecnológico, la prevención cuaternaria es la actividad clínica que pretende reducir los daños que produce la atención sanitaria. Esto significa que todas las profesionales sanitarias que atienden a pacientes han de evaluar los perjuicios de sus bienintencionadas intervenciones y sopesarlos con los posibles beneficios que también pueden aportar. Este balance es muchas veces negativo, pero resulta difícil considerarlo por la mirada patologizadora de los clínicos que refuerza su papel de expertas, la sobreestimación de los beneficios de sus intervenciones y la minimización de los riesgos de una actuación que se realiza desde la ayuda y el cuidado (Ortiz e Ibáñez, 2011) .

Una de las actividades paradigmáticas de la prevención cuaternaria en salud mental es la indicación de no tratamiento, es decir, la intervención que intenta proteger a las personas sanas de los daños que conlleva una intervención diagnóstica o terapéutica, ya sea psicológica o psiquiátrica. El objetivo es resignificar muchos de los sufrimientos como respuestas emocionales legítimas y adaptativas en un contexto determinado, y que son útiles para resolver los conflictos subyacentes y no exclusivamente como el síntoma de una enfermedad que precisa de una intervención sanitaria (Ortiz y Murcia, 2009). En la misma línea, la deprescripción farmacológica busca reducir y suspender, si es posible, las pautas de medicamentos que estén produciendo más perjuicios que beneficios debido a indicaciones dudosas, falta de respuesta, efectos adversos, etc. Las médicas deberían plantearse en cada consulta la posibilidad de deprescribir; sin embargo, la actividad habitual es la contraria. En psiquiatría están surgiendo iniciativas para promover la reducción de psicofármacos y limitar los daños que producen (Hall, 2012). Más allá de las intervenciones sanitarias, la recomendación comunitaria de activos o prescripción social busca el empleo de recursos no sanitarios presentes en la comunidad que puedan aliviar el malestar mediante otros tipos de cuidados, favorecer el desempeño de actividades significativas o la mejora de la red social.

Pero, sobre todo, es fundamental que las usuarias estén bien informadas de los posibles beneficios y perjuicios de todas las intervenciones y participen activamente de las decisiones que se van a tomar en relación con su cuidado. La dinámica al respecto no se establece en términos de adherencia o cumplimiento de la

paciente al tratamiento prescrito por la profesional, sino de una decisión compartida en el marco de una colaboración, de un acuerdo terapéutico en términos de concordancia. No es fácil llevar a cabo una toma de decisiones compartida o la redacción de unas voluntades anticipadas cuando la información disponible en relación con los problemas mentales es tan poco objetiva y está sujeta a múltiples interpretaciones. Pero por esto mismo resulta crucial que las profesionales sean capaces de adoptar una postura crítica, reflexiva y escéptica con su propia formación y perspectivas que pueda dejar espacio a la voz del otro, a su subjetividad y a sus preferencias (Ortiz, 2013).

El tema de la coerción es particularmente controvertido en el trato con las personas con sufrimiento psíquico. En el territorio de las conductas de riesgo, peligrosas y que se escapan de las convenciones sociales, aparecen los dilemas del tipo: ¿psiquiatría o policía?, ¿abuso de poder o negligencia en los cuidados?, ¿libertad individual o sometimiento social? La problematización dialéctica de estos dilemas ha de ser permanente y la respuesta será el compromiso en el que cada sociedad elige la forma de gestionar los comportamientos excéntricos y el sufrimiento psíquico de las personas. Precisamente, en España, en los últimos años, han surgido temas polémicos en este campo como la pretensión de implantar la figura de la “peligrosidad” para justificar el confinamiento sine die de las personas diagnosticadas de enfermedad mental o la propuesta de modificar la legislación para regular el tratamiento ambulatorio involuntario como necesidad para conseguir la “adherencia al tratamiento” sin necesidad del ingreso hospitalario. En ambos casos, la respuesta social y política ha desestimado su implantación de manera que el debate sobre la coerción en salud mental está presente. La legislación sobre los internamientos involuntarios o el empleo de sujeciones mecánicas que desde el activismo en primera persona y algunos colectivos profesionales se están poniendo en tela de juicio pueden ser los próximos elementos que modificar (AEN et al., 2016). Finalmente, la respuesta en la asunción de los problemas mentales está en ese encaje del diseño de los servicios de salud mental y su grado de desarrollo, la legislación de estos aspectos y el tipo de entramado social que conformemos.

Ahora bien, desde una perspectiva postpsiquiátrica se aportan

elementos que hay que considerar en este debate, como la crítica al mecanicismo y la causalidad lineal que propone el modelo biomédico, el cuestionamiento de una perspectiva meramente individual de los problemas mentales, el reconocimiento de múltiples versiones de una misma realidad o la anteposición de la ética frente a la tecnología diagnóstica y terapéutica. Si en el momento actual la ciencia no puede fundamentar y justificar hasta sus últimas consecuencias estas prácticas coercitivas en salud mental (como sí puede hacerlo cuando se provocan descargas eléctricas en el pecho de personas que se encuentran en parada cardiorrespiratoria mediante un desfibrilador, por ejemplo), entonces han de someterse a un mayor escrutinio jurídico y social para impedir abusos profesionales, por mucho que se justifiquen en un cuidado bienintencionado. La psiquiatría ha asumido demasiado poder y responsabilidad sin un verdadero respaldo autorizado, ni filosófico ni empírico (Bracken et al., 2012), así que tal vez debería delegar en mayor medida semejante potestad. Por ello, la perspectiva de derechos humanos en salud mental puede proveer de un marco para examinar y abordar los aspectos clave de las relaciones de poder que influyen en la capacidad real, derechos y responsabilidades de las personas con discapacidad. La relación asimétrica de poder entre quien necesita cuidados y quien los proporciona favorece la vulneración de esos derechos. La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas puede ser la herramienta legal y de principios para exigir un cambio en esta situación que permita recuperar la ciudadanía completa (Ibáñez, 2013).

Críticas y desafíos de la postpsiquiatría

La postpsiquiatría no es una nueva conceptualización de los problemas mentales que acota su forma de comprenderlos y de tratarlos, sino que, precisamente, cuestiona la existencia de una versión única y verdadera que dé cuenta del sufrimiento psíquico de manera totalizadora. Esta renuncia al reduccionismo ontológico del sufrimiento psíquico plantea, a cambio, una perspectiva escurridiza

especialmente incómoda para los profesionales de la salud mental con menor formación en ciencias humanas y sociales. La definición abierta que da de la locura resulta muy insatisfactoria si lo que se pretende es cuantificar, medir, protocolizar y tener algoritmos de decisión como sucede en el resto de actividades sanitarias, industriales y económicas. La postpsiquiatría propone una construcción flexible y constante, democrática y sujeta a crítica, inacabable y permanentemente contextualizada, sobre los problemas mentales y qué hacer con ellos. Se trata de una posición extraordinariamente incómoda, sin certezas, que exige un cuestionamiento permanente y una incansable adaptación al otro: a su voz, a sus necesidades, a su forma de ver el mundo. En este proceso de construcción, deconstrucción y reconstrucción del "objeto de atención psiquiátrico", la ciencia y la tecnología son fundamentales, pero no serían la totalidad de la respuesta aunque formen parte de ella.

Se ha criticado que la postpsiquiatría se pierda en el relativismo absoluto donde cualquier abordaje puede valer, mientras haya diálogo, empatía y solidaridad con el otro. Esta posición podría permitir el paso a narrativas premodernas, guiadas por creencias, la magia o el esoterismo que se sostienen finalmente en una relación vertical marcada por el poder y donde no hay lugar al empirismo. Por otra parte, este relativismo absoluto que solo respondería a la utilidad de la intervención, sea cual sea, puede romper también con valores éticos universales que, de nuevo, darían lugar a vínculos marcados por la verticalidad y el abuso. Como vemos, el término "postpsiquiatría" genera confusión si se identifica con un pensamiento filosófico demasiado cercano al relativismo. Por ello, algunos autores explicitan fórmulas intermedias que dan cuenta de lo psiquiátrico y su forma de conocimiento, críticas con el realismo ingenuo de la psiquiatría moderna. Por ejemplo, David Pilgrim propone un acercamiento a los problemas mentales a través de lo que él denomina "realismo crítico" (Pilgrim, 2014) y Bradley Lewis plantea un "realismo semiótico" (Lewis, 2006). Ambas posiciones son irreconciliables con una psiquiatría positivista y destacan el papel del lenguaje en la conformación del conocimiento, pero sin caer en las posiciones postestructuralistas y en el construccionismo social radical.

A nivel de la praxis, se ha cuestionado que la perspectiva post-psiquiátrica sea adecuada en la atención de los trastornos mentales más graves. Si la psiquiatría moderna autorizada por la verdad del conocimiento científico puede caer en el abuso y someter a la paciente en contra de su voluntad a las decisiones terapéuticas, se plantea si la postpsiquiatría puede, en cambio, verse abocada a la negligencia.

La renuncia a las etiquetas diagnósticas tradicionales y a la individualización de los problemas mentales puede convertirse en un obstáculo en el momento de proporcionar cuidado y atención a una persona con un sufrimiento psíquico grave. Aquellos sujetos más dañados y vulnerables, cuyo concurso y participación en la toma de estas decisiones es, en ocasiones, difícil de lograr, podrían verse abocados al abandono. El dominio del desarrollismo tecnológico en el sistema sanitario favorece, como hemos analizado, el intervencionismo en los cuidados. En estas circunstancias, los perjuicios por comisión debidos a tratamientos excesivos e inadecuados son mucho mejor tolerados socialmente que los errores por omisión. De hecho, la iatrogenia que provocan los servicios y profesionales de la salud mental está poco considerada en un marco de atención donde ha de haber una respuesta técnica individualizada para todos los problemas y sufrimientos. Este contexto coloca a la perspectiva postpsiquiátrica en un lugar delicado donde puede ser acusada de desarrollar una praxis contemplativa, ingenua, “buenista” o directamente negligente (Brookbanks, 2014; Kecmanovic, 2009).

La profesional postpsiquiatra

La profesional que trabaja desde una perspectiva postpsiquiátrica debería tener unas características personales y profesionales que le permitan atender adecuadamente el cuidado de las personas con sufrimiento psíquico. Las cualidades humanas tendrían que ver con la capacidad de establecer relaciones interpersonales de ayuda en donde la profesional no escenificara sus propios conflictos sin darse cuenta. La empatía, la calidez y la autenticidad son prerrequisitos

para establecer una relación de cuidado y son algunas de las variables que se han vinculado al establecimiento de buenas alianzas terapéuticas. En postpsiquiatría se está considerando, además, la necesidad de establecer relaciones horizontales donde la ética se sitúe delante de la técnica, de manera que el respeto al otro, la consideración de su narrativa, la capacidad para el diálogo y la autocrítica y el reconocimiento de los conflictos personales son fundamentales para coconstruir nuevas experiencias emocionales y relatos significativos con el paciente que lo ayuden a transformarse (Bracken y Thomas, 2005). Respecto a la capacitación técnica, una vez que no hay un modelo definitivo, la profesional debería tener formación en narrativas sobre biopsiquiatría, psicoanálisis, terapia familiar, grupal, cognitiva, etc., en la medida que todas ellas pueden ser útiles en el trabajo con las personas. Pero más allá de la formación puramente en teorías "psi", la profesional habría de estar familiarizada con aproximaciones humanísticas, multiculturales, feministas, de discapacidad o postcoloniales, por nombrar algunas. Solo desde este conocimiento abierto y multiverso la psiquiatría podría abrir nuevos espacios para las voces de aquellos que están habitualmente excluidos (Lewis, 2006).

A nivel emocional, propugnar una relación más horizontal supone que la profesional tendría que quitarse el ropaje de la arrogancia que tanto la abriga y protege. Significa que podría aceptar sus limitaciones y las compartiría con la paciente, sustituiría el poder por la solidaridad. Esta perspectiva de los cuidados y de los problemas mentales puede colocarla en una posición más incómoda dentro de la institución en la que trabaja y en la sociedad a la que sirve. La institución ayuda a preservar la posición privilegiada del poder y el conocimiento experto, y muchas veces distorsiona el primer objetivo de los servicios de salud mental, que es el cuidado de las pacientes, hacia la autoprotección de la organización (Double, 2008). En estas circunstancias, una práctica profesional que prima la participación de la paciente y la responsabilización de su propio tratamiento en vez de su sumisión se convierte en un instituyente incómodo que desafía los distintos ámbitos, tanto el dispositivo asistencial, el entorno laboral, académico o vecinal de la paciente, como su familia.

La postpsiquiatría sitúa el foco, de forma deliberada, en la

perspectiva de la paciente para favorecer que sus necesidades se hagan más transparentes. La búsqueda de una relación terapéutica horizontal en lo posible supondría devolver la salud que se había expropiado y favorecer, en último término, la participación de las pacientes en más espacios. Podría ser la punta de lanza que cada profesional puede poner en juego en el día a día para que se generalice la emancipación de las personas y trascienda desde la consulta a lo institucional y a lo social, donde estamos todas inmersas. La postpsiquiatría propone que el camino de la legitimación de la psiquiatría sea seguir construyéndola a través de la confianza de la comunidad, pero no imponiendo una verdad.

Uno de los rasgos fundamentales con los que se define la postpsiquiatría es el mantenimiento de una actitud crítica permanente que cuestione los valores y los intereses que hay escondidos en la práctica clínica. Como hemos visto, la inexistencia de un anclaje biológico que explique por sí mismo los problemas mentales y el condicionamiento social a la hora de establecer los límites de la enfermedad convierten a la psiquiatría en un instrumento particularmente maleable y relevante en el desarrollo de prácticas de regulación sociopolítica y de interés comercial. Desde esta labor de contextualizar políticamente la psiquiatría moderna y examinar sus valores y su poder se ha popularizado dentro de este movimiento profesional el término “psiquiatría crítica”, que probablemente está teniendo más acogida que el de postpsiquiatría.

Epílogo

La institución psiquiátrica ha desarrollado la práctica asistencial instituida en la actualidad desde una configuración paternalista y conforme a una doctrina fundamentada en el cientifismo que no resulta emancipatoria para las pacientes. La postpsiquiatría (o la psiquiatría crítica) tiene en la actualidad ese papel de instituyente, de elemento que cuestiona e intenta transformar la institución psiquiátrica desde dentro. Sin embargo, es ingenuo pensar que un

puñado de profesionales críticas va a cambiar una práctica perfectamente articulada con el orden social actual, marcado por el individualismo, y en un marco económico caracterizado por el crecimiento a ultranza, la competitividad y el consumismo, que no tiene consideración alguna ni hacia las ciudadanas perjudicadas (mujeres, inmigrantes, pobres, minorías...) ni hacia el medioambiente.

Es valioso que haya hombres feministas, pero la liquidación de la sociedad patriarcal será protagonizada por las mujeres, no puede ser de otra manera. La transformación de la práctica psiquiátrica instituida en otra más liberadora tendrá que ser liderada por sus agraviadas, las usuarias, y por el conjunto de una sociedad que desee plantearse un nuevo contrato social en la tarea de cuidarlos, de cubrir sus necesidades y de cuidarse a sí misma. Las profesionales de la salud mental críticas y comprometidas son imprescindibles y abren una línea de fractura importante en la institución psiquiátrica, pero nunca podrán cubrir, por sí mismas y hasta las últimas consecuencias, el proceso de emancipación de la locura.

Bibliografía

AEN-PSM; En Primera Persona; VEUS

y

Confederación Salud Mental España

(2016): “Manifiesto de Cartagena, por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción” [disponible en https://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/, consultado el 2 de abril de 2018].

Alonso, M.

(2016): “Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud

mental", Boletín de la AMSM, 40, pp. 14-22 [disponible en https://amsmblog.files.wordpress.com/2016/07/amsm-nc2ba-40-verano-2016.pdf].

Asay, T. P.

y

Lambert M. J.

(1999): "The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings", en M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller, The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy, American Psychological Association, Washington.

Barlow, D. H.

(2010): "Negative effects from psychological treatments: a perspective". American Psychologist, 65 (1), p. 13.

Berrios, G.

(2015): "Acerca de la medicina basada en la evidencia", Atlas, 1, pp. 11-20 [disponible en https://drive.google.com/file/d/0B_jDJE4AHV0CcHhQdHBYd3dSNWs/view].

Bracken, P.

y

Thomas, P.

(2001): "Postpsychiatry: a new direction for mental health?", British Medical Journal, 322 (7288), p. 724.

—

(2005): Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world, Oxford University Press, Oxford.

Bracken, P.

et al. (2012): "Psychiatry beyond the current paradigm", British Journal

of Psychiatry, 201, pp. 430-434.

Brookbanks, W. (2014): “Post-Psychiatry: A New Orthodoxy? Psychiatry”, Psychology and Law, 21 (6), pp. 845-857.

Brownlee, S

. (2017): “Evidence for overuse of medical services around the world for overuse of medical services around the world”, The Lancet, 390 (10090), pp. 156-168.

Cipriani, A.

et al. (2018): “Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis”, The Lancet, 21 de febrero de 2018 [disponible en http:// dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7].

Cohen, C. I

. (2008): “Working towards a liberatory psychiatry? Radicalizing the science of human psychology and behavior”, en C. I. Cohen y S. Timimi, Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health, Cambridge University Press, Cambridge.

Colina, F. (2013): Sobre la locura, Cuatro, Valladolid.

Cuijpers, P.

et al. (2016): “How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence”, World Psychiatry, 15 (3), pp. 245-258 [disponible en http:// doi.org/10.1002/wps.20346].

Double, D.

(2008): “Challenging risk: a critique of defensive practice”, en C. I. Cohen y S. Timimi, Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health, Cambridge University Press, Cambridge.

Dumit, J.

(2003): “Is it me or is it my brain? Depression and neuroscientific facts”, Journal of Medical Humanities, 24, pp. 35-49.

Fernández Liria, A.

y

Rodríguez Vega, B.

(2001): La práctica de la psicoterapia, Desclée De Brower, Bilbao.

Fernández Liria, A. (2003): “Concepto sustantivo y concepto pragmático de la enfermedad mental”, en E. Baca y J. Lázaro, Hechos y valores en psiquiatría, Triacastela, Madrid, pp. 433-452.

— (2017): “Los factores comunes a todas las psicoterapias y la cuestión de la eficacia de la psicoterapia en el siglo XXI”, Átopos, 3, pp. 2-49 [disponible en http://www.atopos.es/images/eatopos3/2eatopos3.pdf].

Fiorillo, A. et al. (2010): “How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study”, European Psychiatry, 26 (4), pp. 201-207.

Frank, J. D.

y

Frank, J. B. (1993): Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, JHU Press, Baltimore.

Foucault, M.

(1988): La arqueología del saber, Siglo XXI, Madrid.

Gøtzsche, P.

(2014): Medicamentos que matan y crimen organizado, Los Libros del Lince, Barcelona.

Hall, W.

(2012): Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño, Icarus Project & Freedom Center [disponible en http://willhall.net/files/GuiaReduccionde lDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParaImprimir.pdf].

Healy, D.

(2012): Pharmaggedon, University of California Press, Berkeley.

Ibáñez, V.

(2013): “La perspectiva de los derechos humanos en salud mental”, en A. Ortiz, Hacia una psiquiatría crítica, Grupo 5, Madrid.

Illich, I.

(1975): Némesis médica: La expropiación de la salud, Barral Editores, Barcelona.

Ingleby, D.

(1981): Critical psychiatry: the politics of mental health, Penguin, Londres.

Johnstone, L.

y

Dallos, R.

(2014): Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people’s problems, Routledge, Londres.

Johnstone, L.

et al. (2018): The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis, British Psychological Society, Leicester [disponible en https://www1.bps.org.uk/system/files/user-files/Division %20of %20Clinical%20Psychology/public/INF299%20PTM%20Main

%20web.pdf].

Katsakou, C

. y

Priebe, S.

(2007): “Patients’ experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies”, Epidemiologia e psichiatria sociale, 16 (2), p. 172.

Kecmanovic, D.

(2009): “Postpsychiatry: How to throw out the baby with the bathwater”, Psychiatria Danubina, 21 (3), pp. 276-282.

Kirsch, I.

et al. (2008): “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, PLoS Medicine, 5 (2), p. 45.

Lewis, B. (2006): Moving beyond Prozac, DSM, and the new psychiatry: The birth of postpsychiatry, University of Michigan Press, Míchigan.

— (2008): “Democracy in psychiatry: or why psychiatry needs a new constitution”, en C. I. Cohen y S. Timimi, Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health, Cambridge University Press, Cambridge.

Lilienfeld, S. O.

(2007): “Psychological treatments that cause harm”, Perspectives on Psychological Science, 2, pp. 53-70.

Link, B.; Castille, D. M.

y

Stuber, J.

(2008): “Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses”, Social Science & Medicine, 67 (3), pp. 409-419.

McNamee S.

y

Gergen K. J.

(1996): La terapia como construcción social, Paidós, Barcelona.

Mata, I.

y

Ortiz, A.

(2009): “Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento”, en A. Retolaza, Trastornos mentales comunes: manual de orientación, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios 41, Madrid, pp. 195-213.

Moncrieff, J.

(2008): “Neoliberalism and biopsychiatry: a marriage of convenience”, en C. I. Cohen y S. Timimi, Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health, Cambridge University Press, Cambridge.

— (2008): The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment, Palgrave MacMillan, Nueva York.

— (2013): Hablando caro: una introducción a los fármacos psiquiátrico, Herder, Barcelona.

Muñiz, E.

(2013). “Primum non nocere también en rehabilitación”, en A. Ortiz, Hacia una psiquiatría crítica, Grupo 5, Madrid.

Muntaner, C.

et al. (2008): "Class exploitation and psychiatric disorders: from status syndrome to capitalist syndrome", en C. I. Cohen y S. Timimi, Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health, Cambridge University Press, Cambridge.

Novoa, A.

(2017): "Contra el reduccionismo biológico mecanicista: la 'network medicine'… y la medicina de familia" [disponible en http://www.nogracias.eu/2018/01/20/reduccionismo-biologico-mecanicista-la-network-medicine-la-medicina-familia-abel-novoa/].

Ortiz, A.

y

Murcia, L.

(2009): "La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos", en A. Retolaza, Trastornos mentales comunes: manual de orientación, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios 41, Madrid, pp. 179-193.

Ortiz, A.

e

Ibáñez, V.

(2011): "Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental", Revista Española de Salud Pública, 85 (6), pp. 513-525.

Ortiz, A.

(2013): Hacia una psiquiatría crítica, Grupo 5, Madrid.

— (2017): "La formación de orientación biológica en psiquiatría", Átopos, 18, pp. 30-40.

Parker, I. (2011): La psicología como ideología: contra la disciplina, Los Libros de la Catarata, Madrid.

Pérez del Río, F.

(2013): “Desigualdad económica y enfermedad mental”, Norte de Salud Mental, 45 (XI), pp. 66-74.

Peteiro, J

. (2010): El autoritarismo científico, Miguel Gómez Ediciones, Málaga.

Pilgrim, D

. (2014): “Some implications of critical realism for mental health research”. Social Theory & Health, 12 (1), pp. 1-21.

Roche, G. A.

(2012): Philosophical investigation into coercive psychiatric practices, tesis doctoral, University of Limerick [disponible en http://www.criticalpsychiatry.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=284:a-philosophical-investigation-into-coercive-psychiatric-practices-roche-g&catid=34:members-publications&Itemid=56].

Rose, N.

(2003): “Neurochemical selves”, Society, noviembre-diciembre, pp. 46-59.

Safran, J. D.

y

Muran, J. Ch.

(2005): La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional, Desclée de Brouwer, Bilbao.

Saussure, F

. (1991): Curso de lingüística general, Akal, Madrid.

Suess, A.

et al. (2016): "Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36 (129), pp. 79-102.

Timimi, S.

(2013): "No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnosis systems such as OCD and DSM (CAPSID)", Self and Society, 40 (4), pp. 6-14.

— (2010): "The McDonaldization of childhood: Children's mental health in neo-liberal market cultures", Transcultural Psychiatry, 47 (5), pp. 686-706.

Vinogradov, S.

y

Yalom, I.

(1989): A concise guide to group psychotherapy, American Psychiatric Press, Washington.

Vispe, A.

y G[a]-

Valdecasas, J.

(2018): Postpsiquiatría, Grupo 5, Madrid.

Zinkler, M.

y

Priebe, S.

(2002): "Detention of the mentally ill in Europe - a review", Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, pp. 3-8.

Capítulo 4

Activismo profesional en salud mental

Vicente Ibáñez Rojo

Lo que estoy pidiendo es una sociedad de personas que admitan que son vulnerables y tienen necesidades.

Martha Nussbaum

En estos tiempos postmodernos, como profesionales de la salud mental, nos enfrentamos a la necesidad de cambios en la comprensión del sufrimiento psíquico y en el quehacer asistencial que está promoviendo muchas posturas activistas. Algunas siguen una tradición relacionada con el activismo en salud pública buscando cambios globales, otras luchan por la mejora de la asistencia de poblaciones concretas y muchas se sienten espoleadas por una presencia muy activa de los movimientos de personas con problemas de salud mental que piden cambiar las jerarquías de poder en la asistencia y buscar alternativas. Las nuevas tecnologías facilitan que podamos tomar parte en señalar problemas, proponer cambios e incluso participar en ellos. Asociaciones, grupos y personas individuales trabajan por su cuenta o buscando alianzas con familiares, proveedores de servicios, personas con diagnóstico... Hay muchas luchas en marcha y parece que en nuestro terreno, la salud mental, resulta difícil pensar y desarrollar un activismo en el que participemos conjuntamente profesionales y personas usuarias, y con una perspectiva de un cambio global que mejore la salud de toda la población.

Este trabajo pretende revisar el activismo en salud mental desde el punto de vista profesional, sus tradiciones, sus dificultades, los objetivos que ahora se persiguen y si es posible conseguirlos desde nuestros foros, o si más bien sería necesario un activismo conjunto de todos los sectores implicados que busque cambios globales.

La tradición del activismo en salud

Podríamos definir este activismo como la lucha por defender la igualdad en el contexto sanitario, por sensibilizar sobre la importancia de los conocimientos y prácticas saludables y por promover el bienestar en una población (Birn, 2013). En la literatura proveniente del campo social y del mundo anglosajón se utilizan términos como "justicia social" o advocacy, 'acción de defender y abogar por una causa'.

Para defender una causa se puede protestar en las calles, luchar por la aprobación de una ley, recaudar fondos para alguna organización, redactar documentos, hacer boicots, celebrar reuniones, convocar ruedas de prensa… Muchas personas se consideran activistas haciendo clic en el móvil, tableta u ordenador. A este tipo de activismo se le había llamado slacktivism, neologismo que denomina al "activismo de sillón" (deriva de slacker —'holgazán'— y activism —'activismo'—), por lo general interactuando en las redes sociales. Por eso, también se suele hablar de "activismo 2.0" o "clicktivismo". Sus detractoras señalan que se parece más a las técnicas de las campañas publicitarias en las que se pide cada vez menos de la receptora y se buscan estrategias para conseguir la adhesión como fin en sí misma. Sus defensoras sostienen que el activismo digital lleva a que un mayor número de personas conozcan una causa y terminen por participar de manera presencial. Parece que hacer clic puede influir en las políticas reales de una forma mucho más rápida que el trabajo institucional tradicional (Peña-López, 2013). Hay muchos ejemplos, uno de los más conocidos es el de Change.org. Otras formas de activismo digital se conocen como "ciberactivismo" o "hacktivismo" (García-Estévez, 2018). La e-participación abre el debate sobre si el activismo puede ser tan individual y desvinculado a una pertenencia colectiva.

Hay una larga tradición de activismo en salud pública y de lucha contra las desigualdades en salud que inspira el activismo en salud

mental. Estas prácticas nacieron como lucha por la justicia social y la igualdad, la convicción de que es necesario modificar el orden económico y político para mejorar sustancialmente la salud de la población, el internacionalismo o la solidaridad transnacional con la población más vulnerable de los países en desarrollo (Cueto, 2016; Berridge, 2007). El activismo en salud pública comparte preocupaciones sociosanitarias como la lucha por los derechos civiles de las minorías étnicas discriminadas, el desarrollo comunitario de la atención primaria en salud, la promoción de la igualdad de género y de la paz, la estrecha vinculación entre inequidad social y malas condiciones de salud, y la defensa de la salud como uno de los derechos fundamentales de cualquier persona (Laverack, 2013).

El máximo exponente de esta tradición es Rudolf Virchow (1821-1902), autor de la célebre frase "La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala". Virchow concibe la salud pública como una interconexión a nivel macro de las diferentes esferas de la sociedad (política, economía...) y llama al activismo intensamente político para promover cambios en salud que afecten a la totalidad de las sociedades (Segura del Pozo, 2009). Virchow dio un paso cualitativo importante al considerar que la acción política entraba dentro del campo de la medicina y las reformas sociales dentro del interés y obligaciones de la profesional de la medicina. Esta pasaba a ser una ciencia social y la política pasaba a ser un instrumento médico, la principal herramienta de prevención. En tanto en cuanto la enfermedad deriva de las condiciones sociales, el personal científico debe estudiar estas condiciones como parte de la investigación clínica, y como profesionales de la salud deben comprometerse en la acción política (Waitzkin, 2006). En España hay quienes siguen esta línea de activismo y señalan las estructuras de poder que sostienen las desigualdades (Colectivo Silesia, 2016).

Labonté (2013) rescata el famoso pasaje a partir del cual se considera que se fundó la epidemiología moderna de la mano de John Snow, quien en 1854 logró imponer cambios en materia de salud pública que excedían las barreras de lo sanitario (descubrió el origen del cólera en las aguas fecales de un barrio de Londres y propuso un solución para ello). Esta línea ha seguido dando muchos

frutos en salud pública y en el activismo sanitario. Para Labonté, Snow tenía un enfoque singular en respuesta a un problema particular, mientras Virchow se alineó con un amplio movimiento dirigido a derrocar un orden sociopolítico patológico. Ambas dinámicas sustentan el activismo de la salud en la actualidad y es en el encuadre político o ideológico de las campañas donde surgen las diferencias sobre si renunciar a según qué principios y centrarse en las acciones concretas, o no renunciar y luchar por un cambio más global (Labonté, 2013).

El activismo local gana batallas concretas por el poder evocador que tiene la salud en nuestra cultura. Pero sin estar anclado en una declaración más profunda sobre las estructuras sociales del poder, carece de la capacidad de construir un movimiento de sociedad civil amplio que podría transformar las desigualdades que definen nuestras vidas y nuestra salud. Entonces, ¿cómo unir las campañas locales o las que presentan un claro protagonismo de las trabajadoras sanitarias en un movimiento global con una alternativa social claramente definida? Una alternativa cuyos aspectos no sanitarios se van desarrollando de la mano del resto de la sociedad civil... o pasar de la medicina como ciencia social a la medicina a gran escala… Esto tiene un coste, pues, como señala Labonté (2013: 2159), “pocos avances sociales importantes en materia de salud pública se han logrado sin que el personal sanitario tomara riesgos políticos”. Las crisis —económicas o ecológicas— crean espacios políticos en los que los movimientos activistas pueden actuar presentando un conjunto coherente de opciones sociales, desde políticas concretas hasta una gran visión normativa.

Aunque el activismo digital ofrece aparentemente mejores posibilidades para conseguir cambios, fue la construcción de movimientos políticos organizados la que ganó muchas de las importantes reformas sanitarias y sociales del pasado. Estos movimientos (derechos laborales, civiles, de la mujer, medioambientales… por nombrar algunos) se sustentaron en análisis y argumentaciones a menudo difíciles y exigentes, pero finalmente crearon organizaciones que podrían persistir durante los años necesarios para un cambio de política más sistémico, algo que falta en la bandeja de entrada diaria de peticiones.

Un ejemplo de propuesta de cambio global alejada de las estructuras de poder en las que, queramos o no, estamos inmersas (y que nos hacen ver las cosas desde una perspectiva más o menos crítica pero muy blanca, occidental y heteropatriarcal) es la del Movimiento para la Salud de los Pueblos. Se trata de una red de activistas en salud de muchos países, fundamentalmente del Tercer Mundo, que tratan de unir iniciativas locales, redes, ONG y activistas particulares para crear un movimiento global que ha conseguido proponer una Declaración para la Salud de los Pueblos (2000). Su visión no debe verse con el objetivo de apropiarse de la gran diversidad de personas, organizaciones y redes, pero implica propiciar enlaces de comunicación y colaboración más fuertes cuando corresponda. Señalan que no es solo el "qué" de un movimiento lo que provoca el cambio; es "la forma en que llegamos allí, cómo llegamos, nos quedamos y actuamos juntas, y el tipo de organizaciones que construimos" (People's Health Movement, 2000: 3).

Un aspecto común a estos movimientos sociales que se suele olvidar y que no se relaciona directamente con el éxito de las campañas y los objetivos de las personas activistas es el hecho de que puede ser increíblemente valioso simplemente ser parte de algo más grande. Estar allí con todas esas personas dedicadas a mejorar las cosas, demostrando con nuestra presencia que queremos cambiar juntas este mundo, sentirnos una comunidad. Estas acciones dan a sus participantes una experiencia que les hace sentir bien y desarrolla su resiliencia como activistas sociales.

Activismo en salud mental

Si las desigualdades y condicionantes sociales se relacionan directamente con la aparición de problemas de salud de toda índole, en salud mental hay una vinculación si cabe más clara sobre la que no hace falta que nos entretengamos. A pesar de ello, desde el nacimiento del alienismo, una vez que una persona era considerada loca, caía en la exclusión y alienación. La psiquiatría no solo no

trabajaba para cambiar las condiciones que influían en la génesis de los problemas, sino que construyó un sistema asistencial que, a través de la coerción y la exclusión, amplificaba y estructuraba estos condicionantes.

Inicialmente, la historia del activismo en nuestro ámbito es la historia de la lucha por la mejora de las condiciones de la asistencia. No nos interesa remontarnos aquí a Pinel y la ruptura de las cadenas; a Tuke, que desde lo religioso trató a las personas consideradas locas de manera más humanitaria; o a Clifford W. Beers, quien, habiendo sido un paciente, fue uno de los fundadores del movimiento de higiene mental. Los primeros movimientos activistas en salud mental son, en parte, herederos de las luchas sociales que hemos mencionado arriba y de los desarrollos del activismo centrado en problemas de salud concretos, y ha sido liderado por profesionales y por asociaciones de familiares que han luchado, a veces con poco reconocimiento, por mejorar la asistencia.

Pero solo recientemente, y de la mano de las expertas en primera persona, de las excluidas, el activismo ha señalado que los cambios no tienen que ser para mejorar el tratamiento médico y las condiciones en que este se administra, sino para cambiar su situación en la sociedad. No es el objetivo de este capítulo profundizar en estos movimientos, pues esto ya lo hacen sus protagonistas, pero señalaremos algunas influencias que han ido configurando este activismo.

Una de ellas son los movimientos sociales por los derechos de las personas discapacitadas. Grupos de “supervivientes de la psiquiatría” se identificaron con estos movimientos, con especificidades (Ingram, 2016) que incluían la relación muy directa de la salud mental con los problemas sociales y, especialmente, con el mismo sistema de atención y sus desequilibrios de poder. Uno de los focos de la lucha de estos movimientos son los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. “Luchar por los derechos de las personas consideradas locas, que ya han sufrido más que suficiente, es el último gran movimiento de derechos civiles” (Dillon et al., 2013: 350).

Desde sus inicios, el activismo de “la locura” (mad movement)

(Brenda et al., 2013) se ha impregnado de ideologías antipsiquiátricas, lo que ha generado tensiones respecto a los objetivos de la lucha de los movimientos de "supervivientes". David Reville (2015), un activista que además de vivir la experiencia como afectado era político, influyó en el movimiento de personas usuarias canadienses. Propuso cómo "convertir la locura en política". Creía en el activismo como algo pragmático y estratégico en lugar de ideológico o dogmático. Señaló la importancia del papel de los medios y la cultura popular dentro de los grupos excluidos y fuera del movimiento de supervivientes para conseguir una configuración de actitudes sociales más amplias. No todos los movimientos siguen este modelo, y hay culturas mucho más ideologizadas que no creen posibles cambios sin transformaciones sociales estructurales.

Otro de los focos de la lucha del activismo ha sido el estigma enraizado en estructuras sociales que facilitan la discriminación y el trato como ciudadanas "de segunda", que habría que superar para ser ciudadanas de pleno derecho (teniendo en este sentido como uno de sus referentes el feminismo). Algunos movimientos también han sido activos en la lucha por el reconocimiento del derecho a vivir la diferencia, organizados alrededor de lo queer, o el orgullo loco, con el modelo del orgullo gay como antecedente (Lewis, 2006).

En nuestro contexto, los grupos de apoyo mutuo se están convirtiendo en lugar de encuentro, reivindicación y lucha, no solo en un soporte para personas con experiencia de sufrimiento que quieren compartir un espacio (Eiroa-Orosa, 2015). Tal como expresa Marta Plaza (Botwin, 2016: 1):

En los grupos compartimos experiencias de sufrimiento, de aislamiento, soledad, incomprensión… Ya solo verbalizar el sufrimiento ayuda, colectivizarlo, no vivirlo en privado como si fuera un problema solo nuestro. La solución pasa por darnos apoyo mutuo y luchar juntos en colectivo para intentar hacer una sociedad más humana, solidaria y justa. Lucha colectiva para cambiar nuestras condiciones de vida y darle la vuelta a una sociedad asfixiante, competitiva, individualista, alienante.

Por su parte, Martín Téllez, superviviente miembro de Icarus Project y fundador de Arcadia Clubhouse, señala que hace ya tiempo el movimiento de supervivientes de la salud mental viene fijándose en el feminismo como referente de innovación en la lucha por un mundo más justo. The Icarus Project, Flipas GAM o la Xarxa GAM han aprendido de esa lucha: "El feminismo eficaz tiene que luchar contra la homofobia, la explotación de clase, raza y género, el capitalismo y el imperialismo" (Angela Davis, citada en Recovery in the Bin, 2018). Para Téllez (entrevista personal, febrero de 2018):

En salud mental tampoco podemos hablar de activismo efectivo si no incluye la lucha contra la homofobia, la explotación de clase, raza, género, el capitalismo salvaje y el imperialismo. Es más, no lograremos mejora alguna si la finalidad última no es un cambio en los esquemas sociales, es decir, una revolución social que suprima las causas de la injusticia social y que esté encaminada a construir un mundo mejor donde las relaciones entre las personas no se basen en la competitividad y los privilegios, sino en la solidaridad y el apoyo mutuo.

Téllez afirma que la salud mental no es cosa solo de las personas consideradas locas o de profesionales, es también un asunto de toda la sociedad:

Las víctimas de esta epidemia caen de forma bastante silenciosa, en muchos casos por miedo al estigma que lleva asociado cualquier problema de salud mental, en la soledad, de uno en uno, sin que ello parezca trastornar al resto de la sociedad, que simplemente mira hacia otro lado, mientras a ellos les vaya mínimamente bien. En esto radica el triunfo del neoliberalismo, en habernos inculcado un individualismo malentendido, del sálvese quien pueda, en mantenernos aislados sin herramientas eficaces de apoyo mutuo, sin comunidad. En general la lucha está parcializada: ecologismo,

feminismo, derechos laborales, pacifismo, LGTB. De tal suerte que es fácil encontrar “activistas” gay ultra-capitalistas, ecologistas ultra-patriarcales, o cualquier mezcolanza que queramos imaginar, ya que no se trata de defender unos valores éticos y de justicia social en la mayoría de los casos, sino de defender los derechos de una parte de nuestra identidad, aquella en la que nos sentimos atacados, como bien nos cuenta Amin Maalouf en su libro Identidades asesinas. En el caso de la salud mental, ¿en qué parte de nuestra identidad nos sentimos atacados? Esta es la pregunta clave y probablemente la respuesta en la gran mayoría de los casos sea múltiple: por raza, género, clase, educación...

Cualquier activismo efectivo o, mejor dicho, militancia social en el campo de la salud mental ha de abarcar cualquier causa de injusticia social y de trato entre las personas, analizarlas e imaginar soluciones, no solo luchar por derechos o por un cambio social futuro. La salud mental es cuestión de vida o muerte y las soluciones hay que construirlas día a día en nuestro entorno inmediato, hay que construir comunidades saludables. En una sociedad que se sustenta en infundir el miedo en las personas a fin de ejercer un control efectivo sobre ellas todos somos susceptibles de brotar de una forma u otra.

Han sido los movimientos de las personas con problemas de salud mental los que se han organizado y exigido cambios, los que, inspirados en otros movimientos, han luchado por su reconocimiento como iguales, para no ser excluidos, discriminados en todos los ámbitos. Con mucho esfuerzo han llegado a organizarse e ir adquiriendo fuerza suficiente para influir, por ejemplo, en la génesis y redacción de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y, a partir de ahí, a desarrollar un activismo desde los principios de esta convención, que ha arrastrado a muchas profesionales a la lucha.

Téllez (entrevista personal, febrero de 2018) demanda de las profesionales que quieren participar activamente en un activismo común que se impliquen luchando contra la desigualdad social, los recortes en los servicios y para que se cumplan los derechos de las personas en sus dispositivos de atención. Hablando no solo con

“pacientes”, interesándose por quien tienen enfrente, poniendo en práctica terapias basadas en narrativas personales, fomentando grupos de apoyo mutuo, involucrando a las trabajadoras sociales de forma activa en la solución de los problemas económicos, de vivienda, de acceso al empleo y no solo en el trámite de subsidios insuficientes. Luchando para un cambio a mejor en el sistema de prestaciones económicas por incapacidad laboral, de modo que estas sean flexibles en el futuro y no un freno a la hora de volver a trabajar por miedo a perder la prestación.

La perspectiva DE LA PROFESIONAL CLÍNICA

En mi formación de residente de psiquiatría aprendí que los problemas estructurales que se relacionan con buena parte del sufrimiento que trae a las personas a la consulta van más allá de lo que podemos hacer como profesionales. Y que en la clínica la tarea es eso, clínica.

Mi experiencia en la asistencia diaria, y sobre todo mi paso por Bosnia, donde desde Médicos del Mundo participé en un programa de salud mental para ayudar a paliar el sufrimiento psíquico de personas que habían padecido una guerra, cambió mi visión. La formación en psiquiatría no ofrecía herramientas para entender, y menos aún curar, aquel malestar. Tras relacionarme con muchas personas sometidas a experiencias muy traumáticas, incluidas profesionales que trabajaban allí, se hizo claro que la tarea no podía ser tratar a “enfermas”. La realidad (¡¿cómo podía no verse?!) nos llevaba como trabajadoras de la salud a ser activistas sociales. Había que tirar de la tradición de Virchow y de la experiencia de tantas activistas que han trabajado en situaciones de pobreza, desestructuración, carencia de recursos, guerras… Aunque clínico, era absurdo diagnosticar a casi toda la población para ofrecer algún tipo de terapia. El programa ayudaba a reconstruir un sistema de salud dañado y, más allá, una sociedad dañada.

De vuelta a mi trabajo en Almería solo había que pasar consulta

cerrando los ojos a la realidad española. A la inmigración, a las brutales desigualdades y, por supuesto, a la discriminación de pacientes que eran tratadas como incapaces, sometidas a tratamientos y a un sistema asistencial que no tenía en cuenta su voz. Aquí, en el puesto de facultativo de despacho, abordar esos problemas que generan, sostienen o impiden superar el sufrimiento quedaba otra vez más allá de mi tarea de psiquiatra. Y, por suerte, ¡en nuestro contexto sí que funciona la psiquiatría!

Frente al malestar que presentan las personas ante estas realidades, la psiquiatría predominante explica esta problemática casi exclusivamente a nivel de la persona (su biología, sus conflictos psíquicos). Sin plantearse (o dejar que se plantee) si su situación social no será la principal causa de su malestar y cómo unas pastillas o una terapia no harán otra cosa que impedirle intentar cambiar dicha situación, a ser posible junto a muchas otras personas dañadas por las mismas circunstancias (Vispe y G. Valdecasas, 2018). Muchas personas desde otras experiencias o posiciones teóricas no están cómodas sosteniendo esta psiquiatría.

En el rol profesional público se trabaja "como clínico", pero desde una asociación o movimiento, o al menos desde la tableta o el teléfono, se puede ser una activista. ¿Es ese el activismo que va a cambiar las cosas, o se puede —se debe— ser también una activista en el trabajo "clínico"? ¿Cómo, entonces, trabajar desde el rol profesional? ¿Cómo se puede tomar una posición activa frente a los determinantes sociales que se relacionan con el enfermar? ¿Hay que mantener la neutralidad? ¿Hay que señalar los problemas para que las personas que ayudan tomen conciencia y hagan lo que estimen? ¿Hay que ir más allá y denunciar estos problemas?

El sistema de salud mental está cambiando su tradicional objetivo de "estabilizar" a las personas con enfermedades mentales para que no manifiesten alteraciones de conducta. El modelo de recuperación fomenta la participación con el objetivo de ayudarlas a no depender del sistema de atención psiquiátrico y desarrollar una vida más allá de la enfermedad. Desde el inicio de la reforma comunitaria, se pretende de alguna manera este cambio, pero según algunas voces, esta reforma se ha quedado en un cambio en el discurso y en ajustes administrativos. Movimientos como Recovery in the Bin señalan la

forma en que la apropiación de la “recuperación” por el sistema asistencial se utiliza para controlar a quienes intentan encontrar un lugar en el mundo, para vivir como lo deseen (Recovery in the Bin, 2018). Para soslayar ese riesgo se necesita desarrollar un modelo centrado en lo relacional, basado en valores de justicia social, en lugar de uno cosificador centrado en el “psicodiagnóstico”. Pero el sistema parece perpetuamente incapaz de desarrollar dicho proyecto. Para ello sería necesario que, como profesionales, cambiáramos nuestra posición.

Terapeutas activistas

Podemos analizar a la persona terapeuta como activista desde su posicionamiento en terapia frente a los problemas, su conceptualización de estos y las teorías del cambio que fundamentan su posición (D’Arrigo-Patrick et al., 2017). Una opción es organizarse en torno a la psicología de la “justicia social”, lo que proporciona el potencial de desafiar la “indefensión aprendida” del estatus institucional actual (Hopfenbeck et al., 2016). Como señala Ross Speck (1967: 208): “Mi trabajo clínico a lo largo de los años me ha convencido de que la organización de las estructuras sociales y la sociedad desempeñan un papel más importante en la alienación de una persona de sí mismo y de los demás de lo que la mayoría del personal sanitario está dispuesto a aceptar en este momento”.

Este autor fue fundador de la terapia de redes sociales y su trabajo inspiró el desarrollo de open dialogue. Como la cita anterior indica, basó su trabajo en un modelo social que enfatiza la importancia de las desigualdades estructurales para el desarrollo de los problemas mentales.

Monk and Gehart’s (2003: 20-21) afirman que desde las terapias narrativas se intenta liberar a las personas de las “prácticas normalizadoras de la sociedad que restringen y socavan sus esfuerzos para llevar una vida diseñada por ellas”, mientras que “en la terapias colaborativas se invitan a voces múltiples y

contradictorias a las conversaciones terapéuticas, lo que permite generar y explorar nuevas perspectivas y significados juntas". Ambas perspectivas pueden complementarse con la idea de que un diálogo abierto que incluya las múltiples voces de la red social extendida de una persona puede en sí mismo ser liberador.

En un reciente artículo de opinión en el New York Times (2016: 1) titulado "¿Por qué en terapia se debe hablar de política?", Richard Broulillette escribe: "Mi sensación es que muchas personas terapeutas, al haber sido entrenadas para no discutir asuntos políticos en el consultorio, son parte del problema, reforzando implícitamente las suposiciones falsas sobre la responsabilidad personal, el aislamiento y el statu quo social". Desde una postura activista existe una voluntad explícita de discutir cualquier tema que las personas involucradas consideren importante. A menudo, estos problemas incluirán experiencias de discriminación, exclusión y marginación. Así como la teoría de sistemas nos enseñó que no podemos no comunicarnos, un enfoque terapéutico "activista" no puede no ser político. No solo debemos "hablar de política", sino que también debemos practicar política.

White (2014) apunta que en la misma tradición que la teoría social crítica, la teoría racial crítica y el feminismo crítico, que están orientados a la acción, en terapia se debe ayudar a empoderar a los grupos marginados y erradicar las estructuras de opresión dentro de la sociedad. Para ello hay que incorporar la acción social al trabajo clínico, pasando de la conciencia de la diversidad y los problemas de justicia social a "posiciones de acción". Dentro de estos enfoques para el cambio social (McGrath et al., 2016) o de "justicia social", otro modelo es el de "contexto cultural", desarrollado por Almeida (2008). Todos ellos exigen que, como terapeutas, tomemos una postura activista en el trabajo clínico y advierten que no hacerlo es colaborar activamente con las condiciones opresivas sistémicas que impiden el bienestar de las personas marginadas. Just Therapy (Waldegrave y Tamasese, 1994), otro enfoque orientado a la justicia social, mantiene un imperativo para relacionar el trabajo terapéutico directamente con los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales que inhiben activamente a personas y familias de experimentar la vida y las relaciones de manera afirmativa.

El paradigma crítico enfoca los problemas arraigados en las causas sociales, operando desde la creencia de que debido a que las personas a menudo desconocen cómo los procesos políticos y las estructuras sociales moldean sus vidas, como terapeutas debemos ayudar activamente a las pacientes que atendemos a tomar conciencia de estas realidades más amplias. Tomar una posición de activismo dentro del contexto clínico lleva a líneas de investigación que se relacionan con contextos sociales de género, raza, sexualidad, clase, religión y cultura (McDowell, 2005). El propósito es ayudar a ver la conexión entre las circunstancias y los problemas contextuales más amplios que pueden limitar, restringir y oprimir a las personas, y que dificultan la superación de los problemas (Almeida et al., 2008).

En contraste con esto, los paradigmas postmodernos ven los orígenes sociales como una de las posibles explicaciones de los problemas. Confían en que las personas son capaces de encontrar, con ayuda de sus terapeutas, la perspectiva más útil de enmarcar sus problemas (White, 2014). Se fomenta una posición de pluralismo, donde el equipo terapéutico adopta diferentes ideas y afirmaciones de "verdad", como si todas fueran igualmente posibles y dependientes de diversos contextos individuales y sociales. Adoptar esta postura significa que la forma en que las terapeutas ven el mundo y dan sentido a los problemas humanos es una perspectiva que hay que considerar, pero no la única, ni la forma correcta de ver y entender a las personas y sus experiencias.

Desde la teoría crítica, como terapeutas podemos convertirnos en expertas en las causas de los problemas en la vida humana, explicando que todo está arraigado en "la infraestructura económica, los discursos predominantes, la raza, la clase y el género" (Latour, 2004: 238), cuestiones de hecho indiscutibles. Latour advierte que esta visión podría llevarnos a ignorar las comprensiones de sus problemas por parte de las personas que atendemos, y ver "el comportamiento completamente determinado por la acción de circunstancias poderosas que provienen de la realidad objetiva que no ven, y que solo el crítico que nunca duerme puede ver" (Latour, 2004: 238). Esto podría reforzar las jerarquías profesionales y los procesos de poder relacional que inicialmente la posición activista quiere desmantelar.

El postmodernismo se aleja del cuestionamiento de qué es correcto, y proporciona el marco en el que se puede mantener tanto una postura activista como una posición de pluralismo que valora la multiplicidad de las cosas sin experimentar una contradicción epistemológica (Latour, 2004). La idea de que estas posiciones no tienen por qué ser intrínsecamente contradictorias abre la posibilidad de generar un modelo teórico de cómo atender preocupaciones sociales estructurales y respetar las perspectivas y preferencias de las usuarias.

En el activismo que lucha por la mejora de determinantes sociales, el conflicto y la resistencia son inevitables porque el cambio estructural altera la proporción de recursos que las personas y grupos privados de derechos tienen en relación con los sistemas más grandes y poderosos (Speer, 2008). Ser conscientes de las alineaciones de poder y el uso estratégico de las palancas políticas, económicas y sociales, ya sea para bloquear o para conseguir cambios, es crucial para lograr una transformación. Como terapeutas activistas necesitamos “comprender y desarrollar intervenciones que ejerzan poder” para lograr los resultados del cambio social necesarios y mantener una presencia fuerte en una arena dominada por poderosos intereses (Speer, 2008).

Parte de la tarea profesional sería cambiar la forma tradicional en que la psiquiatría trata con la gente en una tarea de participación en la comunidad para mejorar su salud. Los servicios de salud mental deberían estar mucho más involucrados en los problemas culturales y sociales de su comunidad local en lugar de hiperdiagnosticar e hipertratar a las personas. De otra manera, la salud mental puede ser un instrumento de discriminación y control social más que de cuidado. Como profesionales deberíamos negarnos a ser utilizados como tales instrumentos.

Lamentablemente, muchos intereses trabajan para que predominen otras perspectivas y muchas creen que los medicamentos y los tratamientos individuales ad hoc pueden resolver la mayoría de los problemas humanos. Una idea poderosa que ejerce gran influencia en cómo es la asistencia. Tenemos que seguir trabajando en muchos niveles (internacional, nacional y local) si queremos cambiar esta visión.

Dificultades para generar un activismo conjunto en salud mental

Parece que en salud mental los diferentes sectores activistas llevamos caminos, en el mejor de los casos, paralelos, pero hay dificultades en el desarrollo de un activismo común. Si en otros terrenos (SIDA, cáncer, enfermedades neurológicas…) pacientes, familiares y profesionales van de la mano, en salud mental está resultando muy difícil. Esto se refleja, por ejemplo, en las dificultades que enfrentan profesionales que también tienen diagnóstico: desarrollar una identidad integrada como sujeto con experiencia en primera persona y profesional resulta un reto difícil de resolver (Richards et al., 2016).

Una de las razones de esta dificultad es que para una parte del movimiento de personas usuarias, participar o colaborar con la institución o con sus profesionales va contra sus principios (algunos grupos se autodenominan "supervivientes de la psiquiatría"). Entienden que la institución es en parte responsable de gran parte de su sufrimiento. La concienciación de la importancia de las vivencias traumáticas y de la perspectiva de los servicios que cuidan estos aspectos (trauma informed services) pone en primer plano esta realidad.

De nuevo, las personas que están en los dos lados nos pueden dar algunas claves de cómo integrar la perspectiva de persona diagnosticada y de profesional. El estudio de Richards (2016) señala precisamente que una identidad "integrada" brindaba la oportunidad de desafiar las prácticas existentes, recurriendo a un discurso y a una identidad "activista" sin dejar de ser profesional del sistema, incorporando identidades positivas de "terapeuta vulnerable" y "activista desde dentro" en las que los problemas mentales se normalizan como experiencias humanas y la recuperación es "de la vida" y no "de la enfermedad".

Se ha propuesto que, para que podamos ir de la mano, sería de gran

ayuda, además de declaraciones o propuestas de cambio, un reconocimiento de la realidad del daño que ha producido (y produce) la psiquiatría coercitiva. Como en otros ámbitos, podría ser pertinente un equivalente a una comisión de la verdad y reconciliación en la que se puedan reconocer los hechos y pedir el perdón/reparación oportunos (Spandler y Mckeown, 2017). Este tipo de propuestas no solo pretenden abordar el daño que se ha podido hacer, sino construir modelos de atención más democráticos y participativos. Spandler y Mckeown (2017) argumentan que un proceso así requerirá nuevos espacios para el diálogo colectivo, escuchando también voces fuera del sistema psiquiátrico o de salud mental. Sugieren el modelo de "círculos de curación" utilizado en programas de justicia restaurativa basados en la comunidad y "comunicación dialógica polifónica", como se usa en diálogo abierto. La psiquiatría actual, enmarcada en políticas de austeridad y en un movimiento de recuperación que individualiza y responsabiliza a las personas de su propia atención, generando un retroceso de los cuidados desde el Estado, no facilita esta reconciliación.

Otras dificultades son comunes al activismo sanitario y tienen que ver con la diversidad de participantes e intereses relacionados con la lucha por conseguir cambios. Más allá de los objetivos de profesionales y pacientes ya señalados, el movimiento de familiares ha seguido también sus intereses, muchas veces representando la voz de las afectadas, pues estas estaban excluidas de los discursos públicos. Esto ha conllevado críticas: los movimientos de personas con problemas de salud mental consideraban que se apropiaban de su voz y espacio público, defendiendo intereses que no siempre eran los suyos, desde una visión paternalista y centrada en la necesidad de recursos asistenciales, asociados demasiadas veces al control. La profesión sanitaria ha utilizado en ocasiones, y según las necesidades en el desarrollo de determinados recursos, la voz de familiares, lo que también ha generado tensiones cuando las necesidades no se entendían de la misma manera.

Sin pretender hacer un análisis de estos movimientos, el terreno de lucha y la visión de los movimientos de familiares han evolucionado en estos años y, en general, han hecho suya la necesidad de que todas las voces estén presentes. Muchas veces, tal vez como

reacción a acciones pasadas, y en respuesta a una visión neoliberal muy individualista de los problemas, la voz de las familias queda excluida de espacios donde es muy necesaria, pues en nuestro contexto muchos de los cuidados que todas necesitamos dependen de nuestras familias.

Por otro lado, el activismo basado en la lucha para mejorar un problema de salud concreto tiene especiales connotaciones en nuestro terreno. El modelo diagnóstico actual está muy cuestionado, y uno de los frentes donde los intereses que lo defienden han encontrado un camino para mantener el control del mercado sanitario de las enfermedades y su tratamiento es el activismo de las asociaciones organizadas en torno a trastornos concretos de salud mental. Las familias de niños y niñas con trastorno por déficit de atención o autismo, las personas con trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, etc., se agrupan y luchan para conseguir mejoras en su atención, para dar a conocer al público su existencia, sus necesidades, la falta de recursos para su abordaje… Intereses y luchas legítimas que canalizan la participación sobre los problemas de muchas personas afectadas y sus familias. Cada colectivo presiona para su "diagnóstico" en un mercado de la salud dominado por intereses económicos con una visión neoliberal. Esta presión facilita la expansión del modelo biomédico y la competición por los recursos públicos. El activismo en este terreno está en ocasiones apoyado económicamente, aunque a veces sea difícil darse cuenta, por una industria que busca una posición de poder para controlar recursos, y se puede producir una "colonización corporativa" del activismo (O'Donovan, 2007).

Además de estos intereses de mercado, los grupos o partidos políticos también se posicionan para tomar el control de las personas que quieren participar en el terreno de los problemas de salud mental. Muchos planes de salud incentivan y tienen entre sus objetivos el aumento de la participación ciudadana en diferentes niveles de las políticas sanitarias. Esto tiene una lectura positiva, pues supone la posibilidad de la ciudadanía de controlar o influir en áreas del poder hasta ahora exclusivas del sector profesional (de la política y de la salud). Pero en un contexto de la apropiación de lo social por lo institucional y en una realidad donde lo electoral inunda todo, puede más bien afianzar las estructuras de poder

existentes dificultando una participación que realmente facilite reequilibrios de poder (Colectivo Silesia, 2016c). Esta "política" de participación permite llegar a la población para obtener de ella la colaboración o apoyo a quien controla el poder de decisión, pero no facilita el acceso de la población objeto de los programas de salud a este poder (sean estas inmigrantes, usuarias de salud mental o cualquier otro colectivo).

Como señala el Colectivo Silesia (2016), la progresiva sanitarización de los sistemas de salud y el alejamiento del paradigma de la salud colectiva han construido unos imaginarios sociales en los que la participación solo puede ser concebida como un trasvase puntual del conocimiento por parte de profesionales. Con la llegada de la democracia de mercado crece la participación entendida como la capacidad de elección de la consumidora dentro de la lógica neoliberal de mercado.

Cuando se piden mejoras en relación con un problema de salud se pueden poner de manifiesto las diferentes culturas sobre lo social y lo sanitario que conviven en nuestra sociedad y que dificultan movimientos globales. Un ejemplo fuera del ámbito de la salud mental (pero totalmente trasladable a este) que ilustra esta idea es el análisis comparativo del campo de activismo del cáncer de mama en el área de la bahía de San Francisco que realiza Maren Klawiter (1999). Su análisis muestra cómo dentro de los movimientos sociales activistas se representan, encarnan y enuncian de manera diversa tres culturas sobre el cáncer de mama.

La primera, representada por Race for the Cure®, recurre a la biomedicina, conecta el cáncer de mama con las identidades de sobrevivientes y la exhibición de feminidades heteronormativas, moviliza la esperanza y la fe en la ciencia y la medicina, y promueve la investigación biomédica y la detección temprana. La segunda, representada por Women & Cancer Walk, se basa en el feminismo multicultural, el movimiento de salud femenina y el activismo contra el SIDA. Conecta el cáncer de mama con otros cánceres femeninos, cuestiona el énfasis en la supervivencia y la manifestación de feminidades heteronormativas, enfatiza los efectos de las desigualdades institucionalizadas, moviliza la ira contra las instituciones de biomedicina y promueve los servicios sociales y el

activismo de tratamiento. La tercera, representada por Toxic Touring, se basa en los movimientos feministas de cáncer y justicia ambiental, amplía el enfoque para incluir todas las enfermedades relacionadas con el medioambiente, representa el cáncer de mama como el producto y fuente de beneficios de una industria global del cáncer, moviliza la indignación contra la malversación corporativa y el racismo ambiental y reemplaza el énfasis en la investigación biomédica y la detección temprana con demandas de regulación corporativa y prevención ambiental del cáncer.

Esta conceptualización ilustra el mundo complejo de lo sociosanitario, y cómo la organización de campañas activistas en áreas concretas tiene que lidiar con todas las culturas que aparentemente comparten los mismos intereses. Muchas personas, sin conocimientos previos sobre salud o movimientos sociales, quieren participar en mejorar las cosas y pueden ser captadas por las campañas que mejor marketing (es decir, más apoyo de intereses económicos) tienen, no necesariamente por las que coincidan con sus objetivos y valores de justicia social.

Intentando recoger toda la complejidad señalada, Zoller (2005) plantea diferentes categorías que se pueden encontrar en el activismo en salud, centradas en tres temas: acceso y mejora de la atención sanitaria, activismo por enfermedad y discapacidad, y promoción de la salud pública y activismo para la prevención de enfermedades. Y en cada una de estas categorías podemos encontrar diferentes orientaciones políticas: transformativa, emancipadora, reformadora o alternativa. Así, en la categoría de acceso y atención, desde una política transformadora podemos encontrar movimientos por la salud universal, mientras que con una orientación política emancipadora podemos identificar el activismo de grupos de autoayuda.

¿No es posible, entonces, un activismo conjunto entre los diferentes actores y que busque un cambio global para todos?

Investigación, un ejemplo de activismo conjunto

Uno de los campos de confluencia del activismo de personas con problemas de salud mental y profesionales es la investigación. Las metodologías como la investigación participativa o coproducida apuntan a democratizar la práctica en este campo y han sido ideadas y adoptadas por activistas que trabajan para cambiar los equilibrios de poder.

Helen Kara (2017) revisa cómo la investigación activista se desarrolló en la segunda mitad del siglo XX a partir del trabajo de mujeres feministas, de la investigación participativa liderada por personas con discapacidades físicas, de las metodologías de descolonización desarrolladas por los pueblos colonizados y de la investigación dirigida por personas con problemas de salud mental (Wallcraft et al., 2003). Estos enfoques se desarrollaron por separado, pero comparten similitudes, como el cuestionamiento de cómo se lleva a cabo la investigación social y quién controla sus recursos. Este cuestionamiento llevó al mantra "nada de nosotros sin nosotros" que surgió del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad a principios de la década de 1990 (Charlton, 1998: 3).

La investigación-acción participativa en salud mental es un marco que permite que personas diagnosticadas realicen investigaciones para promover la equidad en salud, la ciudadanía y la justicia social. Trata de inclusión y de cómo las personas excluidas pueden reclamar una ciudadanía plena e igualitaria como participantes y contribuyentes de la sociedad. Un ejemplo de esto lo encontramos en Jocs x la Salut Mental, un proyecto de la Universidad de Barcelona en colaboración con la Federació Salut Mental Catalunya que analiza las interacciones entre personas con problemas de salud mental, cuidadoras y familiares, cuyo objetivo es aportar nuevos conocimientos sobre el modelo de atención comunitaria en salud mental. Los principales resultados de los juegos revelan que las personas diagnosticadas realizan el mayor esfuerzo para contribuir al bienestar común, pero también son las más expuestas y vulnerables. Sus decisiones en los juegos revelan confianza, reciprocidad, cooperación y sentimiento de colectividad. Por otra parte, la cooperación y el optimismo de personas cuidadoras y

profesionales son elementos clave para la comunidad (Cigarini et al., 2018).

Otros ejemplos los encontramos en La Escalera, en Madrid, “un proyecto de investigación y creación colectiva con el que se quiere reflexionar acerca de cómo vivimos en comunidad y cómo querríamos hacerlo” (La Escalera, 2018: 1), o la investigación dentro del movimiento Hearing Voices (Schneider, 2012). Russo y Wallcraft (2011) han señalado que la investigación-acción participativa en coerción es una forma de activismo necesaria para disminuir las prácticas coercitivas. El colectivo Silesia (2017) trabaja con este modelo de investigación en salud pública, formando y difundiendo su utilidad.

El uso del término “coproducción” en relación con la investigación aparece en el siglo XXI y es aún más nuevo en salud mental (Pinfold et al., 2015). La investigación coproducida tiene similitudes con la investigación-acción participativa. En salud mental, la coproducción de conocimiento implica “la exploración y articulación de lo que significan diferentes voces en relación con el otro” (Gillard et al., 2016: 82). Se ha señalado que, a menudo, falta la voz de las personas que cuidan (Kara, 2013). En una revisión de Mind UK sobre la coproducción en la atención de la salud mental, la investigación mostraba que se estaba explícitamente a favor de la coproducción en general y con “personas expertas a través de la experiencia” en particular, pero encontró solo un estudio que incluyera a cuidadores y cuidadoras (Slay y Stephens, 2013).

La coproducción se vinculó inicialmente con la evaluación y mejora de los servicios. Se está utilizando la investigación coproducida en esa área mediante el uso de metodologías de descolonización en países como Burkina Faso, Camerún, Nueva Zelanda y EE UU, pero en Europa, y en salud mental, apenas se ha utilizado (Gillard et al., 2016).

No hay que olvidar que uno de los objetivos centrales de la investigación activista es abordar los desequilibrios de poder. Participar dentro de las estructuras y jerarquías sociales crea posibilidades para cambiar su topología y dinámica, lo que plantea cuestiones éticas que siempre hay que cuidar, pues también se pueden favorecer abusos y no necesariamente conducir al

empoderamiento.

Pasos hacia un activismo común

Como profesionales hablamos de empoderar, de retirarnos de la posición de poder, de visibilizar estructuras del sistema que mantienen la sumisión y la dependencia, de fomentar el ejercicio de derechos como el de la capacidad o la libertad de elegir, de la dignidad del riesgo… Las personas afectadas dicen que como profesionales nos apartemos del ejercicio del poder, que no necesitan que les demos permiso o facilitemos el ejercicio de derechos, que esa actitud ya es un obstáculo, que el protagonismo es suyo. Que en todo caso podemos ser (o no) un servicio de apoyo o tratamiento dirigido desde sus planteamientos. Las familias navegan entre ambas posturas intentando que sus afectadas reciban lo que consideran la mejor atención.

Parece claro que para aunar estas visiones hay que cambiar las estructuras y relaciones de poder entre unas y otras. Por ello, una lucha por este cambio que quiera tener éxito implica a todas las partes. Si queremos construir una sociedad inclusiva, democrática, en la que las comunidades decidan cómo es la salud que quieren, somos necesarias todas para construirla. ¿Es posible este activismo? Marta Plaza (2017: 11) señala algunas condiciones que habría que cambiar:

En la conquista de nuestros derechos como locos será bueno poder contar con profesionales —o con familiares que compartan nuestra visión— como aliados. Pero esta alianza necesaria es imposible construirla desde la misma pirámide en la que vivimos ahora, donde los profesionales están en el bloque de arriba, con el psiquiatra en la cúspide y después el resto en subsiguientes escalones, después estarán nuestros familiares, y con nosotros situados en el piso inferior, si no en el sótano. Desde ese desequilibrio no puede haber un diálogo sano ni constructivo, no puede haber un intercambio

real de saberes ni de ideas creativas que nos ayuden a cambiar el sistema que nos es tan necesario cambiar.

El terreno en el que se desarrolla el activismo en salud mental es sobre todo el de los derechos humanos. Se reclaman cosas tan básicas como ser tratada como una persona, sin discriminación, participar en todos los niveles, ejercer elecciones. Precisamente un cambio en las estructuras de poder que generan vulneraciones de derechos en el campo de la salud mental es más factible si la lucha es de toda la sociedad. El eslogan "Only us" que utilizan en una campaña británica rompe la división y desigualdad en las relaciones en los ámbitos sanitarios entre profesionales y personas diagnosticadas que sustenta las estructuras de poder.

En esta línea de trabajo, desde hace unos años se están creando plataformas, campañas y asociaciones que aúnan los esfuerzos de las personas implicadas en la salud mental, personas usuarias, familiares, profesionales, proveedoras… en una lucha conjunta para mejorar la asistencia en salud mental. El Foro de Salud Mental que se presentó en Tenerife en 2012 es uno de estos intentos, pero, tras un inicio demandando mejoras a la Administración, no se generó un movimiento de activismo en torno a él. Otro intento de crear una plataforma así se produjo en 2013, con el patrocinio de Mental Health Europe (una asociación europea que aúna asociaciones locales y nacionales de pacientes, proveedoras de servicios, profesionales, voluntarias, investigadoras…). De aquello no nació una plataforma, pero impulsó a las asociaciones de personas usuarias a unirse entre ellas.

Paralelamente, desde hace años, la participación en las redes ha aumentado exponencialmente y, sin una estructura formal, activistas (profesionales y personas diagnosticadas) tuitean presionando para conseguir cambios, denunciando situaciones, ofreciendo ejemplos, muchas veces en la misma dirección. Las redes sociales y los blogs se han convertido en la plaza pública en la que se debaten, comparten y desarrollan ideas de hacia dónde hay que luchar. Internet, con sus contradicciones, está resultando una herramienta poderosísima e, influidas por la presencia activa en las redes (y, por lo tanto, en la sociedad) de multitud de voces que

antes no se oían, asociaciones de personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales se están movilizado de forma "conjunta".

Todo lo anterior ha facilitado que aparezcan otros intentos de trabajar conjuntamente, como Obertament en Cataluña, la Plataforma para la Mejora de la Salud Mental en Cataluña Central, la plataforma Derechos Humanos y Salud Mental Navarra y otras similares en otras partes del Estado. O declaraciones como la de Cartagena, contra la coerción en la atención a la salud mental, la campaña para intentar frenar la aprobación del protocolo adicional al Convenio de Oviedo, iniciativas conjuntas en las que participan asociaciones de profesionales (AEN-PSM), de personas usuarias (En Primera Persona, VEUS) y de familiares (Confederación Salud Mental España, 2016).

Resumiendo, podríamos decir que los temas presentes en la lucha común giran en torno a los derechos humanos y el modelo de recuperación, con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas como bandera común, y la lucha contra el estigma. Además, los activismos implicados en los cambios sociales relacionados con las estructuras de poder que sostienen las desigualdades luchan para señalar el daño de las políticas neoliberales y para cuidar de nuestro deficitario, y absolutamente mejorable, modelo público asistencial. Dentro de este, activistas profesionales, familiares y pacientes luchan para cambiar las relaciones de poder y conseguir una participación de las personas usuarias en todos los niveles.

En este brevísimo repaso del activismo conjunto en nuestro contexto merece un capítulo aparte, y aquí solo queremos dejar constancia de su importante labor: por un lado, la lucha por el reconocimiento y apoyo a víctimas de situaciones de violencia y conflictos sociales (tanto de nuestro Estado como de fuera de él) y, por otro, la lucha por visibilizar y trabajar con colectivos excluidos de nuestra sociedad (personas inmigrantes, privadas de libertad, que se dedican a la prostitución, etc.). En este terreno hay mucha historia y participación de gente de aquí de la que se puede aprender mucho, aunados, por ejemplo, en el Grupo de Acción Comunitaria (GAC, 2018), en los programas de Médicos del Mundo

(MdM, 2018) o en el Grupo de Derechos Humanos de la AEN-PSM (AEN, 2018).

Activismo e industria farmacéutica

Los gobiernos incluyen a representantes de la ciudadanía en los comités consultivos, y la legislación europea exige esto, por ejemplo, a la Agencia Europea de Medicamentos. Muchos movimientos activistas luchan por tener esta representación como uno de los focos de su trabajo. A pesar de los conflictos de intereses, estas representantes a menudo son seleccionadas de redes y grupos de pacientes financiados por la industria. Esto ocurre también en otros niveles en el ámbito europeo y nacional (Mintzes, 2007). Pero ¿representan estas organizaciones los intereses de la ciudadanía?

Como hemos visto, a principios del siglo XX, desde una conciencia cívica, personas particulares, funcionarias de salud y profesionales de la medicina se unieron para encabezar campañas de salud pública. Aunque cada organización tendió a abordar un problema concreto, se aliaron para impulsar cambios sociales radicales, atentas a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. Esto ha cambiado radicalmente y muchas asociaciones activistas contemporáneas abogan casi exclusivamente por los intereses específicos de sus socias (Rothman, 2011). En los años ochenta, las activistas del SIDA inauguraron este nuevo modelo de acción. Propugnaban que la investigación sobre el SIDA fuera una prioridad; que los medicamentos experimentales estuvieran disponibles para toda persona enferma, no solo para las que estaban en ensayos clínicos, y acelerar el proceso de aprobación de fármacos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). A diferencia de sus predecesoras, polemizaban, ejercían presión "violenta" a la FDA, realizaban marchas y vigilias. El planteamiento de un foco específico en la lucha y las tácticas de línea dura se convirtieron en características de otros grupos activistas, incluidos los que se centraban en el cáncer de mama y las enfermedades mentales (Rothman, 2011).

Pero este cambio también supuso una adaptación de las estrategias de la industria farmacéutica en su relación con estas organizaciones. De hecho, aunque la investigación sobre los movimientos activistas se suele centrar en organizaciones que luchan por cambios radicales que cuestionan la autoridad de la cultura predominante de la biomedicina, muchas de las asociaciones que realizan activismo e influyen en las políticas de salud no tienen estas características. Si las que iniciaron ese modelo en los ochenta ejercían una intensa presión para conseguir sus objetivos "frente" a la industria, ahora, en muchos casos, están financiadas "por" la industria y persiguen sus objetivos "con" (si no "para") ella. Podemos ver este cambio de modelo en la participación de grupos activistas en la elaboración de los DSM. Movimientos que llevaron a la supresión de la homosexualidad del DSM siguieron ese modelo de presión que inauguró el activismo del SIDA. Ahora podemos ver ese mismo estilo de activismo pero en una dirección muy distinta. Por ejemplo, en la elaboración del DSM5, Autism Speaks presionó preocupada por la posible contracción de la categoría diagnóstico del autismo, o la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales apoyó la inclusión del síndrome de riesgo de la psicosis en dicho DSM (Johnson et al., 2013).

Es difícil seguir y constatar la influencia de intereses económicos y de mercado en la conformación del activismo, pues no hay una legislación clara que obligue a las asociaciones a declarar públicamente el origen de sus fondos o donaciones. Cuando se ha estudiado, se encuentra un gran porcentaje de organizaciones de pacientes, familiares o consumidoras apoyadas por la industria farmacéutica (Colombo, 2016; Rothman, 2011; O'Donovan, 2007).

Como principio de la lucha por cambios sociales, se considera un ideal que los diferentes grupos interesados en una actividad trabajen juntos de manera constructiva. En un primer momento, esto unió a las compañías farmacéuticas y las organizaciones de pacientes, y las ha llevado a explorar áreas de interés compartido (Herxeimer, 2003). Las organizaciones de pacientes y familiares desean una atención adecuada para las personas que representan, quieren que las escuchen y que las profesiones de la salud y las instituciones del servicio de salud las traten en pie de igualdad. La industria farmacéutica se ofrece de aliada para ello. Así, nos

enfrentamos a campañas, cada vez con mayor frecuencia, para pedir cambios o recursos a la Administración, para conseguir atender mejor a poblaciones determinadas o hacer accesibles determinadas intervenciones sanitarias, promovidas, apoyadas o gestionadas con o por Farmaindustria (Herxheimer, 2003).

Muchas veces, sus intereses coinciden con los de los grupos activistas; en otras ocasiones, asociaciones e industria se utilizan mutuamente manteniendo focos de acción diferenciados; pero, en demasiadas ocasiones, esta relación de un gran socio rico y poderoso con uno pequeño y mucho más pobre determina la dirección de las campañas (O'Donovan, 2007). Aunque es difícil asegurar que la industria ha colonizado este activismo, el riesgo de que esto sea así es muy alto. La investigación muestra que esta relación ha ayudado a las empresas farmacéuticas a definirse a sí mismas como una fuerza filantrópica y como jugadoras legítimas en el activismo sanitario (O'Donovan, 2007). Y si bien se debe reconocer la posibilidad de que las organizaciones de defensa de la salud puedan contribuir a modificar la comprensión tradicional de la salud, la enfermedad y el estatus de paciente, al mismo tiempo pueden contribuir a la hegemonización de los discursos de salud farmacocéntricos y a la mercantilización del activismo sanitario.

En un paso más allá en la colonización del activismo en salud, la industria farmacéutica ha creado o financiado foros u organizaciones de pacientes que directamente trabajan para sus intereses pero que, de cara al público general y, de alguna manera, a la clase política que busca sus votos, generan confianza al "representar" los intereses de personas afectadas. Iniciativas de Farmaindustria como la de Somos Pacientes, con sus jornadas anuales en las que se convoca a políticas y asociaciones para hablar de asociacionismo y activismo social, son buen ejemplo de esto (Somos Pacientes, 2012).

Incluso con aparente independencia de la industria farmacéutica, si cada uno lucha por su parte del pastel (el cáncer de mama, la salud del inmigrante, el SIDA… y, en nuestro terreno, la anorexia, los primeros episodios, la depresión…), competimos por recursos en una lógica de mercado, olvidando que somos una, y que la mejora de las condiciones generadoras de mala salud es una lucha común,

que se tiene que conectar con las luchas particulares si queremos un cambio que, además de ser justo, persista en el tiempo.

Pero ¿cómo trasladar a una asociación de personas usuarias o de familiares que solicitan una mejor atención, que el apoyo de la industria farmacéutica, que facilita además los tratamientos necesarios para cuidar mejor, es en muchas ocasiones parte del problema? ¿Hay que aliarse si el fin es bueno? Desde la perspectiva aquí narrada, medios y fin son lo mismo (por decirlo "a lo Gandhi"), y trabajar como parte de un mercado donde asociaciones como Farmaindustria buscan tomar posición en el campo de las políticas sanitarias no puede llevar a buen fin. La cooperación, decía Gandhi, no la competencia, es el estado natural de la humanidad. A través de tus acciones, se influye en las acciones de tu entorno y esto se va ampliando a la comunidad. Decíamos más arriba, al hablar de la Declaración para la Salud de los Pueblos, que "no es solo el 'qué' de un movimiento lo que provoca el cambio; es la forma en que llegamos allí, cómo llegamos, nos quedamos y actuamos juntas y el tipo de organizaciones que construimos" (2000: 3).

No por ello hay que renunciar a trabajar con la industria farmacéutica; es parte de nuestra sociedad, a ella debemos muchos avances. Pero hay que cambiar la estructura y jerarquía de las relaciones de poder con ella, somos nosotras las que debemos involucrar a esta en el cambio, pues una industria al servicio de los intereses de la ciudadanía es una parte del puzle necesaria para mejorar la salud de la población.

Solo hay personas vulnerables y con necesidades

Para mejorar los derechos de las personas (con problemas de salud mental) y conseguir una mejor asistencia/ayuda de la población (especialmente la más vulnerable o necesitada) hay que generar una conciencia sobre lo que pasa y lo que se puede hacer, que se dirija a toda la ciudadanía y nos incluya a todas en la lucha, no a cada una

desde su terreno y para su terreno. Un ejemplo relacionado con la salud mental es la lucha promovida por colectivos en torno al movimiento LGTB y el reconocimiento de los derechos de las personas trans (Arjonilla et al., 2014), que ha movilizado al feminismo y que, a su vez, nos llega de alguna manera a todas. Así, la lucha por los derechos de un colectivo enlaza con los cambios necesarios de estructuras sociales que van más allá, y que solo se pueden conseguir implicando a la sociedad.

Hay que trabajar hacia "una reapropiación de la salud por parte de colectivos excluidos y de la comunidad, que incluya a esta como generadora de salud revalorizando saberes populares. Pasar de los espacios de participación ciudadana en salud a los espacios de cogestión donde las desigualdades se desdibujan en el espacio común. Construir más y mejor Salud Comunitaria" (López Ruiz, 2016: 1). Aunque sea muy comprometida y arriesgada, habría que retomar la idea de un activismo como el de Virchow, como el de la Declaración para la Salud de los Pueblos, y trasladarla a la salud mental. El sufrimiento psíquico muestra la fragilidad o vulnerabilidad de las personas, pero, sobre todo, es señal de la mala salud de las sociedades, más en este momento en el que se están desmontando las estructuras sociales y comunitarias, se nos despoja de lo común en beneficio del mercadeo individual y las expresiones del malestar tanto social como personal se entienden desde esa misma lógica mercantilista.

Por ello, más allá del cambio en el modelo asistencial en salud mental, para que la lucha por los derechos y la inclusión de las personas diagnosticadas sea efectiva y se entienda, hay que participar en la lucha colectiva para cambiar las estructuras de poder que sustentan otras desigualdades generadoras de pobreza, discriminación, racismo... y que dañan la salud de sociedades y personas. Implicarnos en la lucha de toda la sociedad implicará a esta también en nuestra lucha.

Hemos visto que, como profesionales, al reconocer que los problemas que enfrentan las personas usuarias y sus familias se generan en gran medida por estructuras sociales más amplias, se pueden incorporar a la terapia posiciones activistas, sin olvidar la necesidad del trabajo de desarrollo comunitario, la investigación de

políticas sociales y la educación. Este cambio de enfoque implica un cambio en el lenguaje. Alejarse de las metáforas médicas de la cura, el diagnóstico y los casos, y de las metáforas biológicas de los sistemas y mecanismos. En su lugar, tenemos que desarrollar un lenguaje que se ajuste a formas de trabajo y valores clave señalados en este capítulo. Lenguaje por crear mientras se narran las luchas por la ciudadanía, la igualdad, la libertad de elección, la pertenencia, la diversidad…

Corremos el riesgo de trasladar mensajes como verdades absolutas, como que para ser realmente profesional hay que compartir los principios de la medicina social y ser activista dentro y fuera de la consulta, o que para ser paciente y recuperarse hay que comprometerse con la lucha y salirse del sistema. Esto nos llevaría, por un lado, a ser parte de lo que favorece la disgregación de los tejidos de ayuda, señalando y excluyendo a las que no comparten estas verdades o autoexcluyéndonos de redes de ayuda pública que funcionan. Y, por otro lado, en vez de atraer aliadas y construir puentes, directamente facilitamos que las demás se defiendan y fortalezcan sus roles de profesionales o pacientes de la medicina científica.

¿Cómo hacer entonces para ser activistas y trabajar con un sistema que queremos transformar y con compañeras que queremos que sean además aliadas? ¿Les exigimos un “absoluto”? Aprender de las tradiciones del activismo que busca alianzas en puntos concretos, aunque basados en principios irrenunciables, puede ser un camino, y el trabajar sobre aspectos concretos no tiene por qué significar no luchar además por cambios estructurales. No estamos condenados a seguir en la lógica de los intercambios de mercado.

Desde otras instancias se tiende a pensar que los cambios en las estructuras de poder son peligrosos, pero que los determinantes sociales, si bien importantes, no excluyen que la persona pueda mejorar sus problemas de la mano del progreso basado en los avances de la medicina y el apoyo de la industria que los financia. Asociaciones de pacientes de trastornos concretos que luchan por conseguir mejoras para sus problemas, alianzas de profesionales, familiares y afectadas para mejorar temas concretos, asociaciones de familiares que luchan por recursos específicos para sus familiares

afectados… no plantean cambios sociales o basados en derechos, sino lo que consideran avances técnicos de la mano de la ciencia biomédica que permitan, por ejemplo, que “mi hija Lucía, de 18 años, tenga el mejor tratamiento para que se recupere pronto, no sufra, termine sus estudios y consiga desarrollar una buena vida”.

La ciencia biomédica traslada un mensaje muy poderoso, y si fuera la madre o el padre de Lucía no sé si podría renunciar a él. Hay que visualizar que lo que queremos es precisamente eso, lo que demanda esa familia, y que la manera de lograrlo es conseguir que Lucía sea tratada sin discriminación (como usuaria de salud mental, como inmigrante, como mujer), que haya programas públicos de ayuda para sus estudios y para conseguir un trabajo (que reviertan la desigualdad a la que se enfrenta), que ese trabajo tenga unas condiciones que no lo conviertan en un estresor que mine su salud, que pueda vivir en una comunidad amable, en la que participe libremente y desarrolle una identidad (diversa, normal…) para vivir esa “buena vida”. Conseguirlo es el objetivo del activismo que proponemos. Esto no tiene que ir contra ningún avance de la biomedicina, pero estos avances de los que se pueda beneficiar Lucía y la lucha por conseguirlos pueden y deben ser parte de ese cambio social, y no ir contra él, que es lo que fomenta la competición mercantilista por los recursos.

Con esto queremos señalar que se puede estar en las luchas de cada movimiento, de cada asociación, pero que abogamos por un modelo como el del Movimiento para la Salud de los Pueblos, que enmarque y dé sentido a nuestras luchas sin exigirnos estar en todo, pero sin renunciar a que todas las personas estemos bien. “Somos una sola”.

Bibliografía

AEN-PSM; En Primera Persona; VEUS

y

Confederación Salud Mental España

(2016): “Manifiesto de Cartagena, por unos sevicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción [disponible en https://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/, consultado el 2 de abril de 2018].

Almeida, R. V.; Dolan-Del Vecchio, K.

y

Parker, L.

(2008): Transformative Family Therapy: Just Families in a Just Society, Pearson/Allyn and Bacon, Boston.

Arjonilla, E. O.; Bachiller, C. R.

y

Martín, R. I.

(2014): “Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos”, en E. Pérez Sedeño y E. Ortega Arjonilla (eds.), Cartografías del Cuerpo: Biopolíticas de la Ciencia y la Tecnología, Cátedra, Madrid, pp. 521-572.

Berridge, V.

(2007) “Public health activism: lessons from history?”, BMJ, 335 (7633), pp. 1310-1312.

Birn, A. E.

y

Brown, Th. M.

(eds.) (2013): Comrades in Health : U.S. Health Internationalists, Abroad and at Home, Rutgers University Press, New Brunswick.

Botwin, A. (2016): “Los Grupos de Apoyo Mutuo en salud mental.

Entrevista a Marta Plaza", El diario.es, 8 de octubre [disponible en https://www.eldiario.es/retrones/Grupos-Apoyo-Mutuo-mental-cambio_6_567353277.html, consultado el 18 de marzo de 2018].

Brouillette, R.

(2016): "Why Therapists Should Talk Politics", The New York Times, 15 de marzo [disponible en https://opinionator.blogs.nytimes.com/2016/03/15/why-therapists-should-talk-politics/, consultado el 18 de marzo de 2018].

Cigarini, A.; Vicens, J.; Duch, J.; Sánchez, A.

y

Perelló, J.

(2018): "Quantitative account of social interactions in a mental health care ecosystem: cooperation, trust and collective action", Scientific Reports, 8 (1), p. 3794.

Colectivo Silesia

(2016a): "Nuevas periferias en tiempos neuroliberales", Colectivo Silesia [disponible en https://colectivosilesia.net/2016/09/04/nuevas-periferias-tiempos-neuroliberales/, consultado el 17 de marzo 2018].

—

(2016b): "Desdibujar el poder: hacia la co-gestión en salud", Colectivo Silesia [disponible en https://colectivosilesia.net/2016/09/04/desdibujar-poder-hacia-la-co-gestion-salud/, consultado el 1 de abril de 2018].

—

(2017): "Introducción a la investigación cualitativa e investigación militante en salud: miradas para investigar relatos", Colectivo Silesia [disponible en https://colectivosilesia.net/2017/05/07/colectivo-silesia-vuelve-la-escuela-salud-publica-menorca-introduccion-la-investigacion-cualitativa-e-investigacion-militante-

salud-miradas-investigar-relatos/, consultado el 17 de marzo de 2018].

Colombo, C.; Mosconi, P.; Villani, W.

y

Garattini, S.

(2012): “Patient Organizations’ Funding from Pharmaceutical Companies: Is Disclosure Clear, Complete and Accessible to the Public? An Italian Survey”, Plos One, 7 (5), en e34974. doi:10.1371/journal.pone.0034974

Cueto, M.

(2016): “Activismo estadounidense en la historia de la salud internacional”, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23 (3), pp. 914-916.

D’Arrigo-Patrick, J.; Hoff, C.; Knudson-Martin, C.

y

Tuttle, A.

(2017): “Navigating Critical Theory and Postmodernism: Social Justice and Therapist Power in Family Therapy”, Family Process, 56 (3), pp. 574-588.

Dillon, J.; Bullimore, P.; lampshade, D.

y

Chaberlin, J.

(2013): “The work of experienced based experts”, en J. Read y J. Dillon (eds.), Models of Madness, Psychological, social and biological approaches to psychosis, Routledge, Londres y Nueva York, pp. 305-318.

Eiroa-Orosa, F. J.

(2015): “Activismo en salud mental y bienestar”, Rehabilitación Psicosocial, 12 (2), pp. 32-35.

García-Estévez, N.

(2018): Origen, evolución y estado actual del activismo digital y su compromiso social. Ciberactivismo, hacktivismo y slacktivismo, Grupo Interdisciplinario de Estudios en Comunicación, Política y Cambio Social de la Universidad de Sevilla (Compolíticas) [disponible en https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/70636, consultado el 18 de marzo 2018].

Gillard, S.; Foster, R.

y

Turner, K.

(2016): “Evaluating the Prosper peer-led peer support network: a participatory, coproduced evaluation”, Mental Health and Social Inclusion, 20 (2), pp. 80-91.

Herxheimer, A.

(2003): “Relationships between the pharmaceutical industry and patients’ organisations”, BMJ, 326 (7400), pp. 1208-1210.

Hopfenbeck, M. S.; Kogstad, R. E.

y

Hummelvoll, J. K.

(2016): “Discursive Tensions in Green Care – Communication, Collaboration and Policy Formation”, Journal of Social Science Studies, 3 (2), p. 133.

Ingram, R. A.

(2016): “Doing Mad Studies: Making (Non)sense Together”, Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice, 5 (3), pp. 11-17.

Johnson, R. A.; Barrett, M. S.

y

Sisti, D. A. (2013): “The Ethical Boundaries of Patient and Advocate Influence on DSM-5”, Harvard Review of Psychiatry, 21 (6), pp. 334-344.

LeFrançois, B. A.; Menzies, R.

y

Reaume, G.

(eds.) (2013): Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies, Canadian Scholars’ Press, Toronto.

Kara, H. (2013): “Mental health service user involvement in research: where have we come from, where are we going?”, Journal of Public Mental Health, 12 (3), pp. 122-135.

—

(2017): “Identity and power in co-produced activist research”, Qualitative Research, 17 (3), pp. 289-301.

Klawiter, M.

(1999): “Racing for the Cure, Walking Women, and Toxic Touring: Mapping Cultures of Action within the Bay Area Terrain of Breast Cancer”, Social Problems, 46 (1), pp. 104-126.

Labonté, R.

(2013): “Health activism in a globalising era: lessons past for efforts future”, The Lancet, 381 (9884), pp. 2158-2159.

Latour, B.

(2004): “Why Has Critique Run out of Steam? From Matters of Fact to Matters of Concern”, Critical Inquiry, 30 (2), pp. 225-248.

Laverack, G.

(2013): Health Activism: Foundations and Strategies, Sage Publications, Londres.

Lewis, B.

(2006) “A mad fight: Psychiatry and disability activism”, en L. J. Davis (ed.), The disability studies reader, Routledge, Nueva York y Londres, pp. 339-354.

López Ruiz, V.

(2016): “Desdibujar el poder: hacia la co-gestión en salud”, Colectivo Silesia [disponible en https:// colectivosilesia.net/2016/09/04/desdibujar-poder-hacia-la-co-gestion-salud/, consultado el 1 de marzo de 2018].

McDowell, T.

(2005): “Practicing with a Critical Multicultural Lens”, Journal of Systemic Therapies, 24 (1), pp. 1-4.

McGrath, L.; Walker, C.

y

Jones, C.

(2016): “Psychologists Against Austerity: mobilizing psychology for social change”, Critical and Radical Social Work, 4 (3), pp. 409-413.

Mintzes, B.

(2007): “Should patient groups accept money from drug companies? No”, BMJ, 334 (7600), p. 935.

Monk, G.

y

Gehart, D. R.

(2003): “Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and

Collaborative Therapies", Family Process, 42 (1), pp. 19-30.

O'Donovan, O.

(2007): "Corporate colonization of health activism? Irish health advocacy organizations' modes of engagement with pharmaceutical corporations", International Journal of Health Services, 37 (4), pp. 711-733.

Peña-López, I.

(2013): "Casual politics: del clicktivisme als moviments emergents i el reconeixement de patrons", Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa, 55, pp. 33-50.

People's Health Movement (

2000): Declaración para la salud de los pueblos [disponible en http://www.phmovement.org/es, consultado el 18 de marzo de 2018].

Pinfold, V.; Szymczynska, P.; Hamilton, S.; Peacocke, R.; Dean, S.; Clewett, N.; Manthorpe, J.

y

Larsen, J.

(2015): "Co-production in mental health research: reflections from the People Study", Mental Health Review Journal, 20 (4), pp. 220-231.

Plaza, M.

(2017): "Derecho a la comunidad. De la injerencia y el paternalismo a los grupos de apoyo mutuo y los cuidados entre pares", presentado en las XVI Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental "Deberes incumplidos, derechos violados", Burgos [disponible en https://amsm.es/2018/03/12/aperitivos-3-marta-plaza-y-el-apoyo-mutuo-congreso-amsm2018/, consultado el 18 de marzo de 2018].

Reville, D.

(2015): “Making Madness Political”, History in Practice [disponible en http://historyinpractice.ca/en/node/104, consultado el 19 de marzo 2018].

Richards, J.; Holttum, S.

y

Springham, N.

(2016): “How Do ‘Mental Health Professionals’ Who Are Also or Have Been ‘Mental Health Service Users’ Construct Their Identities?”, SAGE Open, 6, pp. 1-14 [disponible en http:// journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177 /2158244015621348].

Rothman, S. M.; Raveis, V. H.; Friedman, A.

y

Rothman, D. J.

(2011): “Health Advocacy Organizations and the Pharmaceutical Industry: An Analysis of Disclosure Practices”, American Journal of Public Health, 101 (4), pp. 602-609.

Russo, J.

y

Wallcraft, J.

(2011): “Resisting variables. Service user/survivor perspectives on researching coercion”, en T. W. Kallert, J. E. Mezzich y J. Monahan (eds.), Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects, John Wiley & Sons Ltd, Sussex, pp. 213-234.

Sánchez, D.

y

Grenzner, J. G.

(2005): “Mujer, de clase baja y raza oprimida: tres razones para la rebelión”, Diagonal, mayo-junio, pp. 44-45.

Schneider, B.

(2012): “Participatory Action Research, Mental Health Service User Research, and the Hearing (our) Voices Projects”, International Journal of Qualitative Methods, 11 (2), pp. 152-165.

Segura del Pozo, J.

(2009): “Salud Pública y Biopolítica (3): La Medicina Social, según Virchow. Salud Pública y algo más”, Salud Pública y Biopolítica (3): La Medicina Social, según Virchow [disponible en http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752, consultado el 18 de marzo de 2018].

Slay, J.

y

Stephens, L.

(2013): Co-Production in Mental Health: A Literature Review [online], New Economics Foundation, Londres [disponible en https://www.scie-socialcareonline.org.uk/co-production-in-mental-health-a-literature-review/r/a11G0000002 Xy5OIAS, consultado el 21 de marzo de 2018].

Spandler, H.

y

Mckeown, M.

(2017): “Exploring the case for truth and reconciliation in mental health services”, Mental Health Review Journal, 22 (2), pp. 83-94.

Speck, R. V.

(1967): “Psychotherapy of the Social Network of a Schizophrenic Family”, Family Process, 6 (2), pp. 208-214.

Speer, P. W.

(2008): “Social power and forms of change: implications for psychopolitical validity”, Journal of Community Psychology, 36 (2), pp. 199-213.

Téllez, M.

(2018): “Comunicación personal sobre los movimientos activistas de los supervivientes de la psiquiatría”.

Vispe, A.

y

G-Valdecasas, J.

(2018): Postpsiquiatría, Grupo 5, Madrid.

Waitzkin, H.

(2006): “Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social”, Medicina Social, 1 (1), pp. 5-10.

Waldegrave, C.

y

Tamasese, K.

(1994): “Some Central Ideas in the ‘Just Therapy’ Approach”, The Family Journal, 2 (2), pp. 94-103.

Wallcraft, J. L.; Rose, D.; Read, J.

y

Sweeney, A.

(2003): On Our Own Terms: Users and Survivors of Mental Health Services Working Together for Support and Change, The Sainsbury Centre for Mental Health, Londres.

White, J.

A. (2014): Navigating Postmodernism & Critical Theory in Family Therapy, Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects [disponible en http://scholarsrepository.llu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1187&context=etd].

Zoller, H. M.

(2005): “Health activism: Communication theory and action for social change”, Communication Theory, 15 (4), pp. 341-364.

Páginas web consultadas

http://aen.es/

http://www.psicosocial.net/

http://www.medicosdelmundo.org/

http://recoveryinthebin.org/

https://www.somospacientes.com/portal-que-es-somos-pacientes/

Sobre los autores

Alberto Ortiz Lobo

Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y psiquiatra en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Es profesor del máster en Psicoterapia, Perspectiva Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares desde 2001 y ha sido miembro de la Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) durante 12 años. Sus publicaciones se han centrado principalmente en el fenómeno de la psicopatologización de la vida y en la prevención cuaternaria en salud mental. Es autor del libro Hacia una psiquiatría crítica (Grupo 5, 2013).

Rafael Huertas

Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y doctor honoris causa por la Universidad de Buenos Aires, es profesor de investigación del CSIC. Ha sido director del Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del CSIC, integrante del Comité Ejecutivo de la European Association for the the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y fundador y primer coordinador (junto a Juan Carlos Stagnaro) de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. Es autor, entre otras obras, de Historia Cultural de la Psiquiatría (Los Libros de la Catarata, 2012), La locura (Los Libros de la Catarata, 2014) y Otra historia para otra psiquiatría (Xoroi edicions, 2017).

Iván de la Mata Ruiz

Psiquiatra en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Ha sido presidente de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) de 2012 a 2018. Sus trabajos se han centrado en la relación entre la situación asistencial de salud mental en España y

el contexto económico y político, así como en la influencia de la industria farmacéutica en el discurso farmacológico. Es autor de varios trabajos publicados en la Colección de Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la Revista de la AEN y en el Boletín de la AMSM.

Vicente Ibáñez Rojo

Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Almería, miembro del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía, y del Comité de Ética de la Investigación de Almería. Pertenece al grupo de trabajo de Mental Health Europe “Más allá del modelo biomédico”. Ha participado en el desarrollo de la línea del Plan Integral de Salud Mental Andaluz sobre detección temprana de la psicosis y ha coordinado la elaboración del documento técnico “Intervención temprana en psicosis (ITP)” de la Consejería de Salud Andaluza. Ha colaborado en el desarrollo del documento andaluz sobre planificación anticipada de decisiones en salud mental y actualmente participa en un proyecto de la Consejería de Salud de Andalucía que investiga las dificultades de implantación de este documento. Profesor colaborador de la Escuela Andaluza de Salud Pública en cursos sobre Derechos Humanos y sobre Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental. Colabora desde hace años con el Grupo de Apoyo Mutuo de Almería y la asociación de usuarios Aúpa que se ha creado desde dicho grupo.

NOTAS

1 . La favola del serpente es también el título del documental que la realizadora Pirkko Peltonen rodó en 1968 para la televisión finlandesa en el que se documenta por primera vez la experiencia que Franco Basaglia y sus colaboradores llevaron a cabo en Gorizia. Gracias a los esfuerzos del colectivo Locomún y al trabajo de edición y subtítulos en castellano realizado por Giuliana Zeppegno, dicho documental está accesible en www.youtube.com/watch?v=JjUbjyRDd2g&feature=youtu.be

2 * Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HAR2015-66379-R (MINECO/FEDER).

3 . Disponible en https://www.philadelphia-association.com/ (consultado el 6 de febrero de 2018).

4 . Disponible en https://www.arboursassociation.org/ (consultado el 6 de febrero de 2018).

5 . Disponible en https://www.madinamerica.com/author/bizomadness/ (consultado el 26 de marzo de 2018).

6 . Disponible en www.psiquiatríacrítica.net/ (consultado el 21 de marzo de 2018).

7 . Disponible en https://aen20152018.wordpress.com/2015/05/20/presentacion-laura-martin-lopez-andrade-vocal-y-directora-de-la-escuela-de-salud-mental/ (consultado el 28 de marzo de 2018).

8 * Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HAR2015-66379-R (MINECO/FEDER).

9 * Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HAR2015-66379-R (MINECO/FEDER).

10 . El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el manual que recoge y clasifica los trastornos mentales diseñado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La CIE es la clasificación internacional de enfermedades, que tiene un apartado para los trastornos mentales, y que está diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambas clasificaciones consideran los problemas mentales como categorías definidas y separadas entre sí y de la normalidad, de acuerdo a consensos entre las profesionales que las redactan.